

C-2

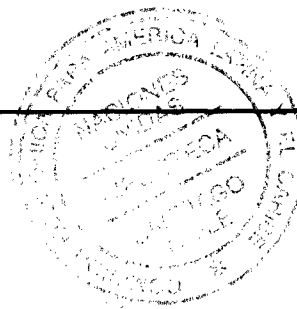
**NACIONES UNIDAS
COMISION ECONOMICA
PARA AMERICA LATINA
Y EL CARIBE - CEPAL**



Distr.
LIMITADA

LC/MEX/L.268
6 de junio de 1995

ORIGINAL: ESPAÑOL



SEGURIDAD SOCIAL Y EQUIDAD EN EL ISTMO CENTROAMERICANO

INDICE

| | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| PRESENTACION | 1 |
| I. INTRODUCCION Y SINTESIS | 3 |
| II. EL PAPEL DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD | 7 |
| 1. Un paquete mínimo de seguridad social | 8 |
| 2. La eficiencia y credibilidad de los sistemas de seguro social | 10 |
| III. LOS GRANDES RETOS QUE DEBEN ENFRENTAR LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL ISTMO CENTROAMERICANO | 12 |
| 1. El marco general de pobreza mayoritaria | 12 |
| 2. El insuficiente gasto en seguridad social y la crisis de los institutos de seguro social | 20 |
| 3. La informalidad y la flexibilización de los mercados laborales | 27 |
| IV. PRINCIPALES RASGOS DE LA OPERACION DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISTMO CENTROAMERICANO | 29 |
| 1. Costa Rica: Un seguro social de vocación universalista y con protección a grupos vulnerables | 30 |
| 2. Panamá: Un sistema de seguridad social de desarrollo intermedio con elevada centralización geográfica | 36 |
| 3. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua: Insuficiencia y fragilidad de sus sistemas de seguridad social | 39 |
| a) El Salvador | 39 |
| b) Guatemala | 42 |
| c) Honduras | 45 |
| d) Nicaragua | 47 |

| | |
|---|-----------|
| V. OPCIONES DE REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL ISTMO CENTROAMERICANO | 50 |
| 1. Las reformas en la atención de salud | 51 |
| 2. Las prestaciones económicas de los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos de trabajo | 55 |
| 3. La reforma de los sistemas de pensiones | 56 |
| a) Mejoras al sistema de reparto | 56 |
| b) La creación de un régimen de capitalización individual | 58 |
| c) La adopción de un sistema mixto | 60 |
| 4. Posibilidades de complementación subregional | 60 |

PRESENTACION

El presente documento viene a sumarse a múltiples esfuerzos que se han realizado o se hallan en proceso en la región latinoamericana —así como específicamente en la subregión centroamericana— en torno a resolver la creciente desprotección social en que vive la mayoría de la población, incluso aquella afiliada a los sistemas de seguro social, cuyas prestaciones se han deteriorado al punto de desvirtuarse fuertemente los objetivos que originalmente perseguían.

La Sede Subregional en México de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), preocupada por estos aspectos, elaboró este estudio con un énfasis particular en la inversión en capital humano, por ser uno de los ejes de su propuesta regional de *transformación productiva con equidad*.

Una versión preliminar de este documento, concluida en diciembre de 1994, se presentó a discusión en una reunión de expertos organizada por la misma CEPAL, con el apoyo del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), en la ciudad de México, los días 18 y 19 de mayo de 1995.

La versión revisada recoge varias de las observaciones vertidas en ella, así como actualizaciones y precisiones que emanaron de la documentación reciente que los expertos del Istmo Centroamericano distribuyeron en el evento. Por ello, la CEPAL manifiesta amplio reconocimiento a los siete expertos del Istmo Centroamericano por sus valiosas contribuciones. Asimismo, la CEPAL quiere expresar su agradecimiento a los técnicos y profesionales de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), del propio CIESS, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ambos de México, por sus inmejorables aportes.

I. INTRODUCCION Y SINTESIS

La seguridad social, en su sentido lato, está conformada por una vasta gama de políticas y mecanismos de bienestar, previsión y asistencia social, dirigidos a la población en general, aunque con énfasis en la más necesitada. Muchas de las políticas orientadas a atenuar las manifestaciones de la pobreza —aunque no sus causas— forman parte de ella. Sin embargo, parecen haber cobrado mayor actualidad las reformas que demandan las instituciones de seguro social cuyas prestaciones en salud y pensiones, principalmente, se restringen exclusivamente a sus afiliados. ^{1/}

Este documento se propone, por una parte, explorar la viabilidad de los principales tipos de reformas que con urgencia demandan los institutos de seguro social y, por la otra, analizar la situación de la mayoría de la población centroamericana que no se beneficia de ellos y que carece de apoyos gubernamentales suficientes. La conveniencia de rescatar un sistema de seguridad social integral, eficiente y equitativo, es una de las tesis de este estudio, mediante la dotación de un mínimo social básico a la totalidad de la población. En esta tarea los institutos de seguro social tienen un papel importante que cumplir, aunque limitado, pues corresponde al Estado mediante sus políticas e instituciones, al sector privado y a la sociedad civil en su conjunto, el unir esfuerzos para alcanzarla.

En el Istmo Centroamericano, estos institutos de seguro social sólo cubren las necesidades de salud de menos de la cuarta parte de la población, mientras que alrededor de un tercio —cerca de 11 millones de centroamericanos— no recibe ni los más elementales cuidados asistenciales por parte de los gobiernos, pese a ser su responsabilidad, de acuerdo con lo suscrito en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Art. 22). La población trabajadora se encuentra protegida por los seguros de riesgos profesionales y de pensiones sólo en una proporción minoritaria —no llega al 30%, y se concentra en las áreas urbanas—, pero estas prestaciones, tan disminuidas, no garantizan a sus beneficiarios escapar de las condiciones de pobreza. Este escenario promedio varía, desde luego, de un país a otro: Costa Rica marcha a la

^{1/} Deben tenerse presente las diferencias entre los conceptos de seguridad social y de seguro social, por más que suelen usarse de una forma indistinta. "El seguro social tiende a limitar su cobertura a la fuerza de trabajo asalariada y a algunos de sus dependientes; se financia con contribuciones de los asegurados y los empleadores (y a menudo también del Estado); otorga beneficios relacionados por lo menos en parte con tales aportaciones, y se organiza en programas diferentes (a veces separados), cada uno referente a un riesgo social (el bienestar social o la asistencia pública se organizan normalmente en programas separados). La seguridad social protege por lo general a casi toda la población contra todos los riesgos sociales; depende de una gran diversidad de recursos financieros (incluida la tributación general); otorga beneficios más uniformes y unifica los servicios en una organización que integra o coordina los diversos programas (incluida la asistencia pública)". Véase, Carmelo Mesa-Lago, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: experiencias y lecciones latinoamericanas*, Lecturas No. 58, Fondo de Cultura Económica, México, 1986.

vanguardia, con servicios de salud prácticamente universales y, junto con Panamá, con alrededor de la mitad de la población económicamente activa protegida por sus sistemas de seguro social. (Véase el cuadro 1.)

En la propuesta de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de reactivación económica para el presente decenio —la llamada *transformación productiva con equidad*— y de la integración implícita de la política económica y la social —el *enfoque integrado*—, la seguridad social ocupa un lugar destacado. El gran potencial de su incidencia se orienta centralmente a la procuración de la equidad social, tan necesaria como urgente en la mayoría de los países de esta subregión. Sin embargo, también se prevén los efectos modernizadores de las reformas por emprender tanto en términos de la transformación productiva de las ramas conexas al sector salud —y, dado su carácter sistémico, al conjunto de la economía—, como al desarrollo del mercado de capitales y de seguros que, en ciertas condiciones, podría traer consigo la reforma del sistema de pensiones.

Con la excepción de Costa Rica, las sociedades del Istmo Centroamericano se caracterizan por ser mayoritariamente pobres y por estar sometidas a una marcada inequidad distributiva. Los sistemas de seguridad social resultan insuficientes para paliar los rezagos sociales, incluso con los esfuerzos compensatorios de los fondos sociales últimamente creados. Las instituciones de previsión, lejos de cumplir eficientemente con los objetivos para los que se diseñaron —con el consecuente descrédito de muchas de ellas—, dada su inspiración bismarckiana tienden a ampliar las brechas sociales al proteger principalmente a trabajadores urbanos del sector formal y, entre ellos, los subsistemas que se han desarrollado privilegian a ciertos estamentos, en particular a los empleados públicos y las fuerzas armadas.

Algunas corrientes de opinión han cuestionado la seguridad social por representar un costo, una "carga" social, que pretende transferirse al trabajador en función de la competitividad que exigen las nuevas pautas de inserción en los mercados internacionales, las que también tienden a flexibilizar los mercados laborales y, consecuentemente, los términos de contratación, dándose lugar en este penoso proceso de reestructuración económica a un crecimiento exponencial del sector informal. También se ha vinculado a la baja eficiencia de sus instituciones, como parte de una actividad estatal centralizadora y burocrática y con finanzas poco transparentes, tanto entre entidades como entre los distintos programas de prestaciones. En última instancia, la crisis financiera de las instituciones de seguro social ha obedecido a los enormes rezagos de los aportes gubernamentales y, en segundo término, de los empleadores. Las distintas modalidades de privatización de seguros —de salud, de riesgos profesionales, de pensiones— encuentran crecientes círculos de simpatizantes por los resultados favorables obtenidos en otras realidades. Sin embargo, en el caso del Istmo Centroamericano, por sus propias características, el gran potencial de los sistemas de seguridad social como procuradores de equidad, de bienestar y, en suma, de una ética social, frecuentemente es poco considerado, sobre todo por la dificultad de afrontar tal magnitud de pobreza, por los apremios que pesan sobre la mayoría de las economías de la subregión, de incierta reestructuración y reactivación, y la estrechez de las finanzas de sus gobiernos y de sus institutos de seguridad social.

Los retos para los sistemas de seguridad social resultan de diferente magnitud para los seis países del Istmo Centroamericano, con marcadas diferencias socioeconómicas y de madurez institucional. Los institutos de seguro social, por sí mismos, muestran los desniveles

Cuadro 1

ISTMO CENTROAMERICANO: POBLACION PROTEGIDA POR LOS INSTITUTOS DE SEGURO SOCIAL, 1994

| | Población total (miles de habitantes) | Salud | | PEA (miles de habitantes) | Prestaciones económicas | |
|-----------------------|--|------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| | | Porcentaje cubierto | Población cubierta (miles) | | Porcentaje de la PEA cubierto | Población cubierta (miles) |
| Istmo Centroamericano | 31,630 | 24 | 7,645 | 10,171 | 30 | 3,060 |
| Costa Rica | 3,347 | 100 | 3,347 | 1,200 | 50 | 597 |
| El Salvador a/ | 5,611 | 14 | 785 | 1,841 | 23 | 423 |
| Guatemala | 10,321 | 17 | 1,755 | 3,016 | 30 | 905 |
| Honduras | 5,496 | 8 | 440 | 1,888 | 20 | 378 |
| Nicaragua | 4,269 | b/ | b/ | 1,307 | 20 | 261 |
| Panamá | 2,586 | 51 | 1,319 | 919 | 54 | 496 |

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales.

a/ Incluye el ISSS y el INPEP.

b/ En Nicaragua no es el INSSBI sino el Ministerio de Salud el que ofrece la cobertura de salud.

correspondientes de grado de desarrollo: el de Costa Rica se cuenta entre los más avanzados de la región latinoamericana; el de Panamá en una posición intermedia, y los de los cuatro países restantes —El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua— comparten enormes deficiencias, en su desarrollo incipiente, aun cuando cada uno con sus propias especificidades y con distintos tipos de reforma en marcha.

Las reformas de estos institutos han sido objeto de numerosos estudios, tanto en el área de la salud como en la de las pensiones, principalmente. Existe un reconocimiento de que las reformas por emprender deben hacerse por separado en cada una de las prestaciones. Por la importancia relativa de estos institutos dentro de los sistemas de salud respectivos, cualquier reforma en ellos debe estar integrada a la del sistema en su conjunto y debe entrañar cambios profundos en los marcos jurídicos. En este documento se retoman las conclusiones de uno elaborado recientemente por la CEPAL sobre la salud en el Istmo Centroamericano. 2/ En cuanto a las pensiones, se recogen muchas de las consideraciones de otro estudio —regional— ya realizado por la CEPAL. 3/

En general, existe el reconocimiento del papel ineludible del Estado en la dotación de un seguro —un paquete social básico— a toda la población, como parte de su función redistributiva y como la más elemental muestra de la solidaridad entre los distintos estratos de ingreso. Una política agresiva de aumento del gasto público social sería indispensable en este campo. Este paquete debería contemplar principalmente la atención primaria de salud, incluyendo sanidad y nutrición. Otros tipos de seguro médico-hospitalario complementarios a ese mínimo, tanto públicos como privados, pueden explorarse, según el caso, para estratos de mayores ingresos, de forma tal que los beneficios esperados correspondan a los aportes.

En el campo de las prestaciones económicas, en cambio, convendría reexaminar los aportes del Estado que, como se ha mencionado, han beneficiado sobre todo a los estratos de mayores ingresos del sector formal urbano y, en particular, a los gremios o grupos de mayor peso político. Así, también por encima de un mínimo de previsión social —variable en función de las posibilidades financieras de cada país— los esquemas bipartitos (trabajador-empleador) deberían primar en la búsqueda de sistemas reformados de reparto, o bien, según el caso, de esquemas descentralizados de capitalización de pensiones, públicos o privados, para lo cual resulta condición indispensable la estabilidad macroeconómica para salvaguardar la colocación de las importantes reservas que se acumulen. La dificultad de alcanzar este requisito y la singularidad de cada caso exigen cautela en cualquier decisión en cuanto a la reforma de los sistemas de pensiones.

En el siguiente acápite se presenta, como marco general, el papel de la seguridad social en la estrategia de *transformación productiva con equidad*. En el capítulo 3 se identifican los grandes retos que se acaban de aludir para los sistemas de seguridad social en el Istmo Centroamericano, cuyas características de funcionamiento se presentan en el capítulo 4. En el último se analiza un marco general en el que pueden ubicarse las propuestas de reforma, con una preocupación expresa por consideraciones de equidad.

2/ Véase, CEPAL, *Salud, equidad y capital humano en el Istmo Centroamericano* (LC/MEX/L.243), enero de 1994.

3/ Incluye a Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Honduras. Véase, Andras Uthoff y Raquel Szalachman, *Sistema de pensiones en América Latina: diagnóstico y alternativas de reforma*, Vols. 1 a 3, CEPAL-PNUD, Proyecto Regional Políticas Financieras para el Desarrollo, Santiago de Chile, 1991.

II. EL PAPEL DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUITAD

Los sistemas de seguridad social desempeñan un papel estratégico en el *enfoque integrado* de la política económica y la social implícito en la propuesta de la CEPAL de *transformación productiva con equidad*.

Están llamados, en efecto, a cumplir una función decisiva en la estrategia de combate a la pobreza, al ofrecer un vasto potencial para garantizar, sobre una base institucional de solidaridad, un mínimo de bienestar a la totalidad de la población, y no sólo a una minoría, como suele ocurrir actualmente. De esta forma, puede salvaguardarse un nivel de vida aceptable para las familias en situación de pobreza extrema, principalmente mediante la provisión de requerimientos básicos de salud y nutrición, y sentar así, en las primeras etapas de la vida, las bases del desarrollo del capital humano, que se sustenta más adelante en el acceso a programas de educación y capacitación.

Los sectores pobres e indigentes suelen quedar al margen no sólo de la protección de las instituciones de seguro social sino incluso, en una proporción variable, de los servicios sociales básicos de beneficencia que ofrecen las autoridades centrales y otros agentes públicos y privados, sobre una base asistencial. Por lo mismo, su supervivencia ante cualquier siniestro depende de la solidaridad de la familia extendida, o bien de la comunidad. Estos mecanismos tradicionales, por lo demás, suelen alentar la procreación como principal forma de previsión para la vejez y, paradójicamente, tienden a acentuar la incidencia de la pobreza. 4/

Un buen desempeño del sistema de seguridad social debe tener impactos en el bienestar del capital humano, que se reflejan en una elevación de la productividad de la economía en su conjunto. En particular, modernizar y restituir a las instituciones de seguro social su eficiencia, solvencia financiera, y con ello su credibilidad en cada una de sus áreas de acción —atención de salud, accidentes de trabajo, pensiones, etc.—, son objetivos que entrañan efectos potenciales de primera magnitud en términos de la transformación y dinamización de las ramas productivas conexas, entre las que destaca la fabricación de insumos y equipos médicos y hospitalarios. 5/ Asimismo, las estructuras financieras nacionales —y regionales— podrían fortalecerse con el acelerado desarrollo del mercado de capitales y de seguros que se esperaría que trajera consigo una reforma de los

4/ En este aspecto, resultan particularmente importantes los programas de inversión social destinados a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza. En rigor, las mayores tasas de fecundidad se registran precisamente entre las familias más pobres; a su vez, las madres de las familias pobres son las que tienen mayores riesgos de embarazos mal llevados; sus hijos padecen el peor estado nutricional; y por último, presentan las mayores dificultades de aprendizaje escolar, y por ende, las mayores tasas de repetición y de deserción. Son ellos los que en mayor medida terminan en trabajos de poca calificación y de escasa productividad en el sector informal. Véase, CEPAL, *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado* (LC/G.1701/Rev.1-P), Santiago de Chile, agosto de 1992.

5/ Véase, CEPAL, *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe* (LC/G.1813 (SES.25/18)), Santiago de Chile, marzo de 1994.

sistemas de pensiones si pudiera basarse en su conversión en regímenes de capitalización individual, a partir de los de reparto en los que opera la mayoría de ellos en la actualidad. 6/ En fin, las transformaciones de los mercados laborales que responden en buena medida a la reestructuración de la producción, en proceso a nivel mundial, exigen igualmente readecuaciones en los sistemas de previsión social, de forma tal que la afiliación de asegurados pueda extenderse al creciente número de trabajadores que carecen de una relación contractual, además de los que anualmente se incorporan al mercado laboral. La extensión de la cobertura de estas instituciones puede inducir a un mayor ahorro en estratos que, por imposibilidad de posponer su consumo o por la falta de una cultura de previsión, merecerían, de otra manera, un tratamiento asistencial. A nivel nacional, todo ello se reflejaría en una mayor tasa de ahorro que encontraría fácilmente un cauce de inversión en el campo social.

1. Un paquete mínimo de seguridad social

La existencia de una red mínima de seguridad social para toda la población constituye un objetivo fundamental de equidad, como parte de una estrategia de combate a la pobreza. Esta protección a los grupos que no cubren sus necesidades más elementales es una responsabilidad irrenunciable del Estado. Se puede ejercer mediante sus instituciones de seguridad y de bienestar social, sobre la base del financiamiento resultante de la solidaridad interna —vía impuestos generales o contribuciones—, así como, en el caso de países como los centroamericanos, de una importante proporción de la cooperación internacional. Luego, acciones que tienden a garantizar la seguridad alimentaria de toda la población —en particular los programas de nutrición materno-infantil y de apoyo a los minusválidos y a la tercera edad, los paquetes básicos de salud proporcionados por las autoridades sanitarias, con énfasis en la salud primaria, la educación preescolar y básica, universal y gratuita, entre otras—, representan áreas de mayor rendimiento social y un elemento clave del combate a la pobreza. Son programas que atenúan las manifestaciones de la pobreza, y que complementan a aquellos enfocados a atacar las causas de la pobreza, entre los que sobresalen los programas de

6/ Se distinguen tres tipos de regímenes de reparto: el de reparto simple, el de prima media y el de prima escalonada. En el sistema de reparto simple, los ingresos por contribuciones deben ser iguales a los egresos, de forma tal que no haya acumulación de reservas. En caso de contingencia se requiere un apoyo de una entidad financiera. Al crecer más los egresos, con frecuencia deben elevarse las primas. El sistema de la prima media constante asegura el equilibrio en el largo plazo, mediante una tasa de contribuciones calculada para un período largo, que en los primeros años suele arrojar un superávit y permite la acumulación de reservas, que se erigen como fuente secundaria de recursos. El sistema de la prima escalonada es un intermedio, pues en él se calcula la tasa de contribuciones para un período menos largo —de cinco a diez años—, y la revisión de contribuciones consecuente sería por debajo de la tasa de la prima media. Con ello se acumulan menos reservas. Véase, OIT, *Aplicación de las técnicas actuariales en la planeación de la seguridad social, a base del incremento demográfico y el desarrollo económico y social*, citado en "Sistemas de pensiones en Costa Rica: descripción, opciones de reforma y una propuesta integral", en Andras Uthoff y Raquel Szalachman, *Sistema de pensiones en América Latina: diagnóstico y alternativas de reforma*, op. cit., págs. 47 y 48.

generación de empleo, incluso los temporales. Es obvio que la fijación de ese mínimo depende de los recursos gubernamentales y otros que se orienten a constituirlo, y esto variará de un país a otro.

Además, las políticas que proporcionan una red de seguridad social básica y de ingresos mínimos se ubican como uno de los cuatro grupos de políticas existentes en la estrategia contra la pobreza. Los otros tres están representados por las de generación de empleo productivo, las de inversión en recursos humanos propiamente —con su componente principal en capacitación—, y las que facilitan el acceso a los servicios básicos, como vivienda e infraestructura de los asentamientos humanos. 7/

Las instituciones de seguridad tienen, en realidad, un potencial mucho mayor que el que han ejercido en la procuración de la equidad, en la que existen deficiencias particularmente acentuadas en varios países del Istmo Centroamericano. Esta función, en la actualidad no la cumple la mayoría de los sistemas vigentes; al contrario, tienden a perpetuar e incluso a acentuar las diferencias sociales al excluir de sus prestaciones a los estratos más pobres y marginados del sector moderno, y al coexistir subsistemas que ofrecen prestaciones de calidad y cantidad sumamente dispares, con un sesgo marcado hacia determinados estamentos de mayor poder económico y político.

No obstante lo anterior, también es cierto que entre los estratos de afiliados existen ciertos elementos redistributivos —de solidaridad interna—, al ser generalmente los mayores contribuyentes los que proporcionalmente menos uso hacen de los servicios de las instituciones, sobre todo los médicos y hospitalarios. En realidad, entre los estratos de mayores ingresos existen grupos excepcionales que podrían prescindir de los beneficios de la seguridad social, a la que contribuyen compulsivamente, pues suelen disfrutar de seguros médicos privados y tienen capacidad financiera para pensionarse con sus propios ahorros. Sin embargo, estos elementos redistributivos no permean a los grupos verdaderamente necesitados de la población.

Una de las principales limitaciones de los sistemas de seguridad social vigentes es precisamente su sesgo inequitativo. Si bien los trabajadores urbanos de las manufacturas y el comercio (de ingresos medios o medios-bajos) constituyen la mayor parte de los beneficiarios, son frecuentemente otros sectores los más privilegiados: empleados públicos, militares, docentes, empleados bancarios. En ocasiones, las jubilaciones llegan a ser muy generosas en términos relativos, aun cuando correspondan a afiliados que hayan desembolsado las mayores cotizaciones durante toda su vida laboral —o durante los últimos años— dentro de los esquemas establecidos.

Este sesgo resulta ser particularmente importante si se considera que los programas de los institutos de seguro social se financian de una forma tripartita, siendo una de las partes los aportes gubernamentales. Precisamente, quienes se benefician más de estos programas son los grupos mejor organizados del sector moderno de la economía, en detrimento de transferencias que el gobierno podría orientar para intensificar su apoyo a los grupos más vulnerables, derivando con ellas un rendimiento social mucho mayor.

7/ Véase, CEPAL, *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*, op. cit., pág. 217.

La revisión de estas transferencias gubernamentales es un tema fundamental dentro de cualquier propuesta de reforma que procure disminuir las inequidades y debe estar acompañada de la generación de indicadores de análisis de impactos, para no desvirtuar el destino de los recursos. Por lo demás, resulta de mayor relevancia si se considera que la falla en el cumplimiento de los objetivos de los institutos de seguro social en el Istmo Centroamericano tiene como primera causa la fuerte mora acumulada de los aportes gubernamentales.

Si bien en los países del Istmo Centroamericano, además de las instituciones asistenciales tradicionales se han creado instancias de tipo compensatorio para la protección de los grupos más vulnerables, en la estrategia de lucha contra la pobreza se observa que sus primeros resultados no han sido los esperados, en parte por problemas organizativos y en parte por insuficiencia de financiamiento frente a las enormes necesidades acumuladas.

La estrechez de fondos gubernamentales para el bienestar social se puso de manifiesto en la mayoría de los países centroamericanos durante la crisis del decenio pasado y al introducirse, en consecuencia, programas de ajuste. Además de los enormes gastos bélicos erogados en la región, una de las causas de esta estrechez —la más importante, en países como El Salvador y Guatemala— es precisamente la baja carga impositiva, que restringe las posibilidades de apoyo al sector social.

2. La eficiencia y credibilidad de los sistemas de seguro social

Las múltiples propuestas de reforma que han emergido, tanto en países centroamericanos como fuera de ellos, obedecen a un cúmulo de vicios pasados en la operación de los institutos de seguro social, por una parte, y a los nuevos requerimientos a futuro que resulten de las transformaciones en los mercados laborales, por otra.

El dotar a los institutos nacionales de seguro social de eficiencia, flexibilidad y viabilidad financiera, en suma, y restituirles la credibilidad a base de buenos servicios a tasas razonables de contribuciones, favorecería su expansión no sólo entre los tradicionales grupos de afiliados, ofreciéndoles beneficios proporcionales a sus aportes, sino también entre crecientes sectores del mercado laboral que se encuentran al margen de su protección: trabajadores en su mayoría del sector informal, por cuenta propia, empleados domésticos, microempresarios, cooperativistas agrícolas, etc.

Reformas adicionales se requerirían posiblemente en los institutos de seguro social para extender sus beneficios —aunque sean sólo básicos— a toda la población. Si bien en cada país existen instancias gubernamentales de asistencia y la fijación de una estrategia contra la pobreza, que operen con mayor o menor efectividad, no parece existir el mismo reconocimiento de la necesidad de emprender pasos en el sentido de transformar de una manera integral los sistemas de seguridad social para hacerlos efectivamente universales y eficientes. Una razón de ello es la escasez de recursos financieros para alcanzar un objetivo tan ambicioso; otra, el menor peso político de los grupos desprotegidos para exigir un mínimo de bienestar, en comparación con los gremios organizados y los estratos de mayores ingresos que claman por cambios profundos en los sistemas de salud y de pensiones, para recibir beneficios proporcionales a sus aportes; una tercera puede ser la misma estructura institucional requerida para ello, que se caracteriza en la actualidad más por insuficiencias que por duplicaciones. En todo caso, la reforma de los institutos de seguro social no

puede abstraerse del marco general de una reforma integral de los sistemas de seguridad social, de la cual forman parte de una manera mayoritaria o minoritaria, según el país de que se trate.

Sin embargo, el objetivo de equidad no siempre coincide con el de solvencia financiera de las instituciones. En particular, la estrechez financiera de los gobiernos centroamericanos les ha llevado a orientar a otros fines, no necesariamente los sociales, recursos destinados originalmente a las instituciones de seguridad social. De esta manera, uno de los efectos inmediatos del déficit resultante en los institutos de seguro social ha sido el deterioro de la calidad de sus servicios médicos y hospitalarios y, en la mayoría de los casos, una baja dramática de los montos de las pensiones. Con ello, los objetivos para los que fueron creados quedaron desvirtuados.

La aspiración legítima de los estratos de la población con alguna capacidad de ahorro —en su mayoría más compulsivo que voluntario— de recibir beneficios y protección social acordes con sus contribuciones resulta de la crisis en la que cayeron las instituciones respectivas, que se reflejó en un deterioro de las prestaciones. Enderezar esta situación implica reformas profundas al funcionamiento de los institutos de seguro social. La extensión y profundidad de estas reformas dependen de las posibilidades reales de cada institución y de su entorno económico, social y político.

Las reformas a los sistemas de seguridad social están llamadas a desempeñar un papel de primer orden en la transformación productiva de estas economías y en la modernización de estas sociedades. Por lo mismo, no pueden ser aisladas, sino que están estrechamente vinculadas con procesos que en el mismo sentido se desencadenen en otras áreas, tanto financieras como del mercado de trabajo.

III. LOS GRANDES RETOS QUE DEBEN ENFRENTAR LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL ISTMO CENTROAMERICANO

En 1994, alrededor de la tercera parte de los habitantes del Istmo Centroamericano —10.5 millones— estaban excluidos de los sistemas de salud de sus países respectivos. Cerca del 43% de la población era atendido por los Ministerios de Salud y otras entidades públicas y privadas. Los institutos de seguro social, mediante sus instalaciones médico-hospitalarias, sólo cubrían a un 23% de la población (7.4 millones). 8/ Es evidente que existen grandes diferencias de cobertura entre las instituciones de seguro social de los seis países pues, en un extremo, Costa Rica ha alcanzado prácticamente la universalidad, mientras que en el otro se encuentran Honduras y El Salvador, con sólo alrededor del 10% de su población total cubierta. (Véase de nuevo el cuadro 1).

En cuanto a los otros regímenes del seguro social, como pensiones y otras prestaciones económicas, el porcentaje de la población protegida por los institutos respectivos es igualmente restringido: se estima que no llega a 3 millones el número de afiliados en la subregión, lo que equivale a menos del 30% de la población económicamente activa (PEA). A diferencia de lo que ocurre en materia de salud, ninguno de los países ha alcanzado una cobertura satisfactoria. Panamá es el país que mayor porcentaje de la PEA tiene protegido (54%), mientras que en El Salvador, Honduras y Nicaragua sólo se ha llegado a alrededor del 20%. Una parte minoritaria de los grupos vulnerables cuenta con ayuda asistencial ofrecida por los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales (ONG), mientras que el resto de la sociedad queda confinado a los mecanismos tradicionales de solidaridad intrafamiliar o intracomunitario.

1. El marco general de pobreza mayoritaria

Las sociedades centroamericanas se han caracterizado por sus enormes desigualdades y por el predominio de sectores pobres e indigentes, que siguen siendo en la actualidad población mayoritaria.

Las estructuras distributivas difieren sustancialmente entre los seis países del Istmo. Se tiene, por una parte, a la sociedad costarricense, una de las más igualitarias de la región latinoamericana y, por la otra, al resto de los países del Istmo, que se caracterizan por su elevada concentración de la riqueza. Así, alrededor de 1990, en Costa Rica, a nivel nacional, el 10% más rico concentraba el 26% del ingreso mientras que el 40% más pobre recibía el 17%. Esta estructura sigue las mismas pautas tanto en las ciudades como en el campo, siendo el desnivel de ingreso medio de 2.2 a 1 entre ambos. 9/

8/ En Nicaragua, donde institucionalmente están separados los servicios de salud de los de seguro y bienestar social, para fines de esta estimación no se incluye a la totalidad de la población del país que, en principio, queda cubierta por el Sistema Unico de Salud, en el que el Ministerio de Salud tiene un papel protagónico. Estas cifras incluyen la posible duplicidad de filiaciones, que en países como Guatemala puede llegar a ser significativa.

9/ El coeficiente de Gini de Costa Rica a nivel nacional es de 0.3637, en las áreas urbanas de 0.3451 y en las rurales de 0.3512.

En el otro extremo se percibe una marcada desigualdad en la distribución del ingreso a nivel nacional, en Honduras, Guatemala y Panamá. En el primero de estos países, el 10% más rico de la población recibe el 43% del ingreso, mientras que el 40% más pobre sólo el 10%. En el segundo, el grado de concentración es ligeramente menor (las proporciones eran de 40 y 12%, respectivamente). En Panamá, con un ingreso por habitante mucho más elevado y condiciones socioeconómicas diferentes, las desigualdades son prácticamente las mismas (38 contra 12%, respectivamente.) ^{10/} En ellos, las estructuras distributivas en el interior de las zonas urbanas, por una parte, y de las rurales, por la otra, muestran menores desigualdades, pues la mayor inequidad radica normalmente al confrontar ambas: en Honduras el ingreso medio urbano es de 2.8 veces el rural, en Guatemala 2.7 veces y en Panamá 2.3. En El Salvador sólo se dispone de información para el área urbana, en donde el 10% más rico recibe el 28% del ingreso, mientras que el 40% más pobre el 17%. ^{11/} Para Nicaragua no se dispone de información. (Véase el cuadro 2.)

A la pobreza estructural de estas economías, que en alguna medida se había podido reducir en términos relativos, en los decenios de crecimiento excepcional de posguerra se sumó la resultante del dramático retroceso registrado en el decenio pasado —los "nuevos pobres"—, lo cual significó un serio deterioro de los niveles de vida, en particular de ciertos estratos medios y pobres, muchos de ellos urbanos. En efecto, durante la "década perdida" por la crisis, los programas de ajuste estructural que emprendieron los gobiernos, e incluso los desastres naturales, estas sociedades sufrieron un marcado proceso de empobrecimiento, que en países como Nicaragua, El Salvador y en menor medida Guatemala resultó aun más intenso por el efecto de la guerra.

Las profundas transformaciones en la esfera económica ocurridas a escala mundial en los últimos años están teniendo repercusiones sociales de primer orden, que tal vez en la subregión del Istmo Centroamericano se han manifestado con mayor intensidad. El debilitamiento del modelo de crecimiento agroexportador y la necesidad de encontrar nuevas formas de inserción en la economía mundial sobre bases de mayor eficiencia han redundado no sólo en una interrupción de los ritmos de crecimiento económico del pasado, por la crisis, sino también en la introducción de programas de ajuste estructural a fin de readecuar las formas de organización económica, política y social a las nuevas condiciones externas.

Para los países del Istmo Centroamericano, lo anterior significó una acentuada caída del producto por habitante durante el decenio pasado, superior al 16%, muy por encima del promedio de América Latina y el Caribe (9%). La incipiente reactivación de estas economías durante los tres

^{10/} Los coeficientes de Gini de estos tres países son 0.5299, 0.4980 y 0.4843.

^{11/} En las zonas urbanas de Honduras, Guatemala y Panamá, las proporciones respectivas son de 39 contra 12%, 38 contra 12%, y 36 contra 13%. El coeficiente de Gini en las áreas urbanas de El Salvador es de 0.3719, que muestra una menor desigualdad que en las de Honduras (0.4869), Guatemala (0.4769) y Panamá (0.4602).

Cuadro 2

ISTMO CENTROAMERICANO: DISTRIBUCION DEL INGRESO POR DECILES, ALREDEDOR DE 1990

(Porcentaje del ingreso)

| | Costa Rica | | | El Salvador (Urbano) | Guatemala | | | Honduras | | | Panamá | | |
|-----------------------------------|------------|---------|--------|-------------------------|-----------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|
| | Nacional | Urbano | Rural | | Nacional | Urbano | Rural | Nacional | Urbano | Rural | Nacional | Urbano | Rural |
| Deciles | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1.23 | 1.60 | 1.18 | 1.68 | 0.98 | 1.02 | 1.20 | 1.05 | 1.46 | 1.42 | 1.36 | 1.38 | 2.07 |
| 2 | 3.91 | 4.11 | 3.99 | 3.75 | 2.52 | 2.64 | 3.19 | 2.21 | 2.47 | 2.83 | 2.45 | 2.83 | 3.39 |
| 3 | 5.29 | 5.31 | 5.60 | 5.15 | 3.63 | 3.73 | 4.38 | 2.99 | 3.45 | 4.10 | 3.46 | 3.83 | 4.14 |
| 4 | 6.30 | 6.80 | 6.82 | 6.29 | 4.68 | 4.71 | 5.64 | 3.88 | 4.80 | 4.78 | 4.72 | 5.18 | 5.44 |
| 5 | 7.81 | 7.55 | 7.83 | 7.75 | 5.72 | 5.71 | 6.93 | 4.89 | 5.62 | 6.09 | 5.98 | 6.29 | 5.94 |
| 6 | 8.92 | 9.41 | 9.32 | 8.40 | 6.80 | 7.41 | 8.26 | 6.68 | 7.15 | 7.22 | 7.08 | 7.29 | 8.36 |
| 7 | 10.71 | 11.78 | 10.83 | 10.33 | 8.36 | 9.49 | 9.55 | 8.13 | 8.04 | 8.83 | 8.61 | 9.12 | 9.25 |
| 8 | 13.83 | 12.74 | 12.92 | 13.09 | 10.88 | 11.78 | 11.29 | 11.29 | 11.95 | 11.68 | 11.56 | 11.19 | 10.47 |
| 9 | 16.35 | 16.13 | 17.01 | 15.95 | 15.87 | 15.61 | 14.43 | 15.75 | 16.12 | 15.66 | 16.44 | 16.67 | 14.83 |
| 10 | 25.64 | 24.58 | 24.50 | 27.61 | 40.57 | 37.89 | 35.13 | 43.12 | 38.93 | 37.40 | 38.34 | 36.22 | 36.11 |
| Total | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 |
| Coefficiente de Gini | 0.3637 | 0.3451 | 0.3512 | 0.3719 | 0.4981 | 0.4789 | 0.4316 | 0.5299 | 0.4869 | 0.4648 | 0.4843 | 0.4602 | 0.4321 |
| Ingreso medio por habitante a/ | 10698.3 | 13547.4 | 8251.3 | 395.2 | 150.9 | 246.1 | 92.5 | 186.1 | 290.6 | 104.3 | 155.8 | 187.4 | 83.1 |

Fuente: CEPAL, sobre la base de la encuesta de ingresos y gastos de los países, levantadas en 1989 y 1990.

Nota: no se dispuso de información para Nicaragua ni para las áreas rurales de El Salvador.

a/ En moneda nacional.

años transcurridos en el actual decenio, que se ha traducido en un aumento acumulado de 3.4 % en este indicador, no ha compensado sino muy parcialmente este deterioro. ^{12/}

Por lo demás, el mapa demográfico de esta subregión se vio seriamente trastocado por las enormes migraciones de desplazados internos y de refugiados, así como de migrantes al exterior en busca de mejores condiciones de empleo. En total se estima que más del 10 % de la población resultó directamente afectada al abandonar su lugar de residencia habitual.

Las últimas estimaciones disponibles de la CEPAL, aunque aproximadas, de pobreza e indigencia en el Istmo Centroamericano en su conjunto se refieren a 1990 y sitúan a la primera en 67 % de la población (casi 20 millones de habitantes) y a la segunda en 46 % (más de 13 millones). El 60 % de los pobres vivía en áreas rurales, donde la incidencia de la pobreza llegaba a ser de casi 80 %. Costa Rica, con su mayor ingreso por habitante y la mejor estructura distributiva presentaba la menor proporción de pobres (20 %); Panamá se encontraba en una situación intermedia (52 %) y los cuatro países restantes compartían condiciones similares de miseria (arriba del 70 %). (Véase el cuadro 3.)

Existen indicios en algunos países de que, en términos relativos, estas cifras pudieran haberse atenuado levemente en los primeros años del decenio actual, por el inicio de la recuperación en la mayoría de ellos y por las políticas explícitas para combatirla. No obstante, la elevada tasa de crecimiento demográfico determina que, a falta de acciones radicales contra la pobreza, en términos absolutos haya continuado en aumento el número de pobres en el Istmo.

En general, fuera del impulso a las acciones enfocadas para ofrecer un mínimo de bienestar a los sectores más vulnerables de la sociedad dentro de la estrategia de cada país de combate a la pobreza —principalmente de orden compensatorio—, pocas posibilidades de mejoras se consideran en el campo de la previsión social con objeto de ofrecer un mínimo de protección a la población no cubierta por los institutos de seguridad social. Incluso, se ven comprometidas, por razones presupuestarias y organizativas, y a menudo por falta de voluntad política, las labores asistenciales de las dependencias gubernamentales, entre las que se encuentran las relativas a la nutrición y las que prestan los sistemas de salud que, por lo mismo, llegan a resultar insuficientes.

Prácticamente nula es la protección que reciben estos sectores de la población en materia de cobertura por enfermedad, maternidad o accidentes de trabajo, así como tampoco respaldo alguno de tipo monetario, después de una vida económicamente activa, ni para el trabajador —normalmente

^{12/} Véase CEPAL, *Balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe 1993* (LC/G.1794), Santiago de Chile, diciembre de 1993. Es de notar las marcadas diferencias en la contracción económica de los países del Istmo, pues mientras que Costa Rica sufrió una reducción de su producto por habitante de casi 6 % en el decenio pasado, Nicaragua acusó la mayor baja, de casi 35 %. En cambio, en la incierta recuperación de los tres primeros años de los noventa destaca la de la economía panameña (17 %), seguida de la costarricense (7 %), mientras que en Nicaragua, lejos de advertirse una mejoría, se sigue ahondando su crisis con una caída adicional del producto por habitante de 11 %.

Cuadro 3

ISTMO CENTROAMERICANO: ESTIMACION DE LA MAGNITUD DE LA POBREZA, 1990

| | Total | Costa Rica | El Salvador | Guatemala | Honduras | Nicaragua | Panamá |
|---|-------|------------|-------------|-----------|----------|-----------|--------|
| Millones de habitantes | | | | | | | |
| Población total | 28.9 | 3.0 | 5.3 | 9.2 | 5.1 | 3.9 | 2.4 |
| Urbana | 13.8 | 1.6 | 2.4 | 3.9 | 2.2 | 2.3 | 1.4 |
| Rural | 15.1 | 1.4 | 2.9 | 5.3 | 2.9 | 1.6 | 1.0 |
| Pobreza | 19.3 | 0.6 | 3.9 | 6.9 | 3.9 | 2.7 | 1.3 |
| Urbana | 7.6 | 0.2 | 1.5 | 2.4 | 1.6 | 1.4 | 0.6 |
| Rural | 11.7 | 0.4 | 2.5 | 4.5 | 2.3 | 1.4 | 0.7 |
| Pobreza extrema | 13.3 | 0.3 | 3.0 | 4.8 | 3.2 | 1.5 | 0.6 |
| Urbana | 4.4 | 0.1 | 1.2 | 1.2 | 1.1 | 0.6 | 0.2 |
| Rural | 9.0 | 0.2 | 1.8 | 3.6 | 2.1 | 0.8 | 0.4 |
| Porcentajes con respecto a la población total | | | | | | | |
| Pobreza | 67 | 20 | 74 | 75 | 76 | 70 | 52 |
| Urbana | 55 | 11 | 61 | 62 | 73 | 60 | 40 |
| Rural | 78 | 31 | 85 | 85 | 79 | 85 | 69 |
| Pobreza extrema | 46 | 11 | 56 | 52 | 63 | 37 | 24 |
| Urbana | 32 | 6 | 48 | 31 | 50 | 27 | 14 |
| Rural | 59 | 17 | 62 | 68 | 72 | 52 | 40 |

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales para Costa Rica y sobre los resultados de las encuestas de hogares de 1989 de Guatemala, Honduras y áreas urbanas de El Salvador, recopiladas por PREALC. Las estimaciones de pobreza extrema de El Salvador de 1990 se ajustaron a la definición de la CEPAL (1983). Las estimaciones restantes se basaron en los datos de FLACSO, para 1985, proyectadas a 1990 con arreglo a la evolución del ingreso por habitante.

sin capacidad de sacrificar el consumo actual de su unidad familiar en aras de una reserva a futuro— ni para sus dependientes.

En las ciudades, estos grupos desprotegidos suelen estar integrados por los desempleados y, sobre todo, la mayoría del creciente sector informal. También los engrosan buena parte de los trabajadores por cuenta propia, los eventuales, y los familiares sin retribución, y aun amplios sectores de asalariados del sector formal. En las zonas rurales, aparte de algunos asalariados del sector moderno —público o privado—, la inmensa mayoría de los campesinos sin tierra, jornaleros temporales y trabajadores familiares sin retribución, se expone a una situación de alta vulnerabilidad. Por carecer de capacidad y de facilidades de ahorro durante su vida activa o bien por falta de previsión, por no ser ésta parte de su cultura, deben procurar, ante cualquier contingencia, el respaldo material en los lazos tradicionales de solidaridad que ofrece la familia extendida o la comunidad en la que habitan. 13/

Según datos relativos a algunos de los países del Istmo, sin considerar el creciente sector informal y el desempleo abierto, en el umbral del decenio de los noventa, en las zonas urbanas de Guatemala cerca del 34% de la PEA ocupada la integraban trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados, y casi el 15% trabajaba en establecimientos de hasta cinco personas ocupadas, grupos que en su mayoría marginados de la cobertura del sistema de seguridad social. En cambio, entre los empleados del sector público, que representaban el 15%, y los asalariados de establecimientos con más de cinco personas del sector privado, con el 20%, se encontraban los afiliados a la seguridad social, y en ocasiones de subsistemas con beneficios suplementarios. En las áreas rurales, que prácticamente en su totalidad escapaban de su protección, la proporción de los primeros se elevaba por encima de 60%, y la de empleados en microempresas rurales a 7%.

En Panamá, los afiliados a la Caja de Seguro Social se concentran en las zonas urbanas, cubriendo así a poco más de la mitad de la población del país. En ellas los empleados del sector público —todos protegidos por el esquema de seguridad social— representaban casi el 30% de la PEA ocupada, así como los asalariados de establecimientos con más de cinco empleados, el 20%. Podrían salir de dicho esquema parte de los trabajadores por cuenta propia, los familiares no remunerados y los trabajadores de pequeños establecimientos, que en conjunto representaban el 31% del total. En las zonas rurales los asalariados del sector público eran casi el 12% de la PEA rural, mientras que, en el otro extremo, sin acceso alguno a los sistemas previsionales, salvo casos excepcionales, el resto de la PEA.

13/ Las dificultades institucionales de acceso de la población pobre a instrumentos de ahorro, y el trato diferencial en cuanto a premios frente a estratos de mayores ingresos, se complican en países con inflación, de forma tal que el ahorro monetario se deteriora y la única forma de hacerse de un activo es mediante el endeudamiento.

Costa Rica presenta una cobertura casi universal en el campo médico hospitalario, aunque sólo de 47% por lo que se refiere al sistema de pensiones. ^{14/} En él los empleados del sector público representaban el 25% de la PEA urbana, y los asalariados de establecimientos con más de cinco empleados casi el 30%. En cambio, aquellos que suelen salir del esquema de pensiones es probable que se encontraran en el grupo de trabajadores por cuenta propia, familiares no remunerados y trabajadores de pequeños establecimientos, frecuentemente artesanales. En las zonas rurales, los asalariados del sector público rebasaban el 10%, todos ellos afiliados; en cambio, los excluidos por ser trabajadores por cuenta propia no sumaban más que casi 40%, cifra notablemente inferior a la de los dos países anteriores. (Véase el cuadro 4.)

La dificultad de los institutos de seguridad social de ampliar su cobertura a las zonas rurales y los obstáculos que se erigen también para las otras dependencias públicas de acceder con sus servicios a regiones apartadas o inaccesibles y a fronteras culturales resultantes de la diversidad de etnias, vuelven el panorama más complejo y de difícil solución a nivel integral.

Con la excepción de las acciones gubernamentales de satisfacción de necesidades básicas, que suelen ser débiles e insuficientes, y de las acciones directas de las ONG, con el concurso frecuente de la cooperación internacional en ambos casos, no existen otros mecanismos relevantes de solidaridad o de subsidios entre los distintos estratos de ingreso de estas sociedades. Una excepción se reporta en Costa Rica, con el régimen de seguro no contributivo y el mecanismo de transferencias a sectores desvalidos que se ha constituido en torno suyo, en particular hacia los de la tercera edad y minusválidos.

En medio de la heterogeneidad económica y social de los países del Istmo Centroamericano, resalta el hecho de que están integrados por sociedades mayoritariamente pobres. Con todo, en la mayoría de ellos sería impensable en las condiciones económicas actuales extender a toda la población las prestaciones medias, por exiguas y deficientes que sean, de sus instituciones de seguro social. ^{15/}

A diferencia del interés de los sectores de ingresos relativos más altos en el sentido de introducir reformas en las instituciones de seguro social, sobre todo en el área de las pensiones, no parecen existir dentro de la agenda de política acciones para reforzar decididamente los apoyos a los

^{14/} Véase, Rolando Alberto Cartin Carranza, *Sistemas de pensiones en Costa Rica: descripción, opciones de reforma y una propuesta integral*, en Andras Uthoff y Raquel Szalachman, *Sistema de pensiones en América Latina: Diagnóstico y alternativas de reforma: Costa Rica, Ecuador, Uruguay, Venezuela*, CEPAL-PNUD, Proyecto Regional Políticas Financieras para el Desarrollo, Santiago de Chile, abril de 1991, págs. 40-42.

^{15/} Se estima que el gasto adicional que se requeriría para extender la cobertura del seguro social a la totalidad de la población sería de 0.2% del PIB en Costa Rica, de 19% en El Salvador, de 9.3% en Guatemala y en Honduras, de 21.3% en Nicaragua y de 5.2% en Panamá. Véase, Carmelo Mesa Lago, "Aspectos económico-financieros de la seguridad social en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y alternativas para el año 2000", documento preparado para el Departamento Técnico Latinoamericano del Banco Mundial, 1990; citado en CEPAL, *Equidad y transformación productiva...*, op. cit., cuadro IX-1, pág. 219.

Cuadro 4

ISTMO CENTROAMERICANO: DISTRIBUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA OCUPADA,
ALREDEDOR DE 1990

(Porcentajes)

| | Total | Emplea- dores | Asalariados | | | | | Trabajadores por cuenta propia y familias no remuneradas | |
|---------------|-------|------------------|-------------|-------------------|----------------|--|------|--|---------------------------------|
| | | | Total | Sector público | Sector privado | | | Total | No profesionales ni técnicos |
| | | | | | Total a/ | Establecimientos de más de 5 b/ hasta 5 b/ c/ | | | |
| | | | | | | | | | |
| Costa Rica | | | | | | | | | |
| Zonas urbanas | 100.0 | 5.5 | 74.8 | 25.0 | 49.7 | 29.5 | 10.0 | 19.7 | 18.2 |
| Zonas rurales | 100.0 | 5.1 | 66.2 | 10.5 | 55.7 | 14.3 | 9.7 | 28.7 | 16.8 |
| Guatemala | | | | | | | | | |
| Zonas urbanas | 100.0 | 2.6 | 63.8 | 14.7 | 49.2 | 20.3 | 14.3 | 33.6 | 32.7 |
| Zonas rurales | 100.0 | 0.5 | 38.3 | 2.9 | 35.4 | 16.6 | 6.7 | 61.2 | 47.9 |
| Honduras | | | | | | | | | |
| Tegucigalpa | 100.0 | 2.1 | 70.9 | ... | ... | ... | ... | 27.0 | ... |
| Panamá | | | | | | | | | |
| Zonas urbanas | 100.0 | 2.0 | 71.6 | 29.3 | 42.2 | 23.2 | 5.9 | 26.5 | 25.6 |
| Zonas rurales | 100.0 | 2.0 | 38.9 | 11.5 | 27.5 | 7.9 | 6.5 | 59.1 | 47.3 |

Fuente: CEPAL, sobre la base de las encuestas de hogares de los países. No se dispuso de información para El Salvador y Nicaragua. La información de Honduras es sólo parcial.

a/ Incluye todas las ramas productivas.

b/ En zonas urbanas incluye industria, construcción, comercio y servicios.

c/ En zonas rurales incluye sólo las actividades agropecuarias.

sectores mayoritarios y ofrecerles un mínimo de benefactores sociales, ya sea mediante sus instituciones de seguro social —como puede ser el caso de la provisión de salud en Costa Rica— o bien mediante otras entidades del sector social. En particular, cobran relevancia en este contexto las acciones tendientes a proporcionar un mínimo de salud y de alimentación a la población que no se las pueda procurar.

2. El insuficiente gasto en seguridad social y la crisis de los institutos de seguro social

Este empobrecimiento general repercutió con intensidad en las finanzas públicas de los seis países del Istmo. El gasto social por habitante se contrajo sensiblemente en Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Nicaragua, así como también los ingresos de los institutos de seguridad social, afectando drásticamente sus prestaciones.

Existe, en particular, una diferencia abismal entre el nivel del gasto gubernamental por habitante en sectores sociales entre, por una parte, Costa Rica y Panamá y, por la otra, el resto de los países de la subregión. Así, en los dos primeros países, se han alcanzado proporciones —con respecto a su PIB— de gasto en bienestar social (incluido el gasto en salud) que se ubican a un nivel medio a escala internacional. Si bien el esfuerzo de estos países en relación con su capacidad económica es aproximadamente de la mitad del de los países industrializados con mayor desarrollo social, también resulta equivalente a los de los otros países altamente desarrollados, como los Estados Unidos y Canadá. Esta proporción va siendo crecientemente insuficiente en Nicaragua y Honduras, hasta ser francamente exigua en Guatemala y El Salvador. En este último país, el esfuerzo gubernamental resultó ser, en 1990, inferior incluso al de Haití. (Véase el cuadro 5.)

Pese a las dificultades financieras que con mayor o menor intensidad pesaron sobre los gobiernos, se advirtió en el decenio pasado todavía una defensa de los niveles previos de gasto o incluso una mejoría en países como Panamá y Honduras (aun en términos por habitante). En Costa Rica se produjo un deterioro de consideración, ^{16/} aunque no tan acentuado como en El Salvador y, presumiblemente, Nicaragua (para la que se carece de datos). (Véase el cuadro 6.)

Los gastos militares absorbieron cuantiosos recursos en estos dos últimos países, así como también en Guatemala. A la vez, otra limitación determinante para acceder a un nivel mínimamente aceptable de gastos sociales es la bajísima carga impositiva, particularmente evidente en Guatemala y El Salvador. (Véase el cuadro 7.)

La principal causa común de desequilibrio financiero en las instituciones de seguro social en los países centroamericanos ha sido la fuerte mora acumulada del gobierno. Adicionalmente, existen casos, como el de El Salvador señaladamente y el de Nicaragua, en que los mayores adeudos

^{16/} La aparente mejoría que se observa en el gasto en seguridad social en 1990, frente al de 1980, no es más que una recuperación parcial de antiguos niveles de gasto, dado que en este último año había descendido anormalmente.

Cuadro 5

PAISES SELECCIONADOS: GASTOS GUBERNAMENTALES
EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

(Porcentajes del PIB)

| | Total | Salud | Seguridad social |
|-----------------|-------|--------|---------------------|
| Francia | 25.5 | 6.8 | 18.7 |
| Austria | 22.5 | 5.0 | 17.5 |
| Suecia | 21.4 | 0.4 | 21.0 |
| Alemania a/ | 19.6 | 5.3 | 14.3 |
| Japón | 17.8 | 6.8 | 18.7 |
| España | 15.4 | 2.4 | 13.0 |
| Rumania | 13.8 | 3.0 | 10.8 |
| Panamá | 11.7 | 5.9 | 5.8 |
| Kuwait | 11.2 | 4.2 | 7.0 |
| Brasil | 10.8 | 2.3 | 8.5 |
| Cuba | 10.5 | 3.4 | 7.1 |
| Costa Rica | 10.2 | 6.7 | 3.5 |
| Chile | 10.0 | 2.1 | 7.9 |
| Estados Unidos | 9.4 | 3.4 | 6.0 |
| Canadá | 9.2 | 1.2 | 8.0 |
| Nicaragua b/ | 6.6 | ... | ... |
| Zimbawe c/ | 4.3 | 2.9 | 1.4 |
| Venezuela b/ | 3.6 | 2.1 | 1.5 |
| Honduras | 3.3 | 2.8 | 0.5 |
| Bolivia | 2.9 | 0.3 | 2.6 |
| Zambia d/ | 2.5 | 2.1 | 0.4 |
| Belice | 2.5 | 2.3 | 0.2 |
| México | 2.4 | 0.3 e/ | 2.1 |
| Rep. Dominicana | 2.1 | 1.6 | 0.5 |
| Camerún a/ | 2.0 | 0.7 | 1.3 |
| Guatemala a/ | 1.8 | 1.2 | 0.6 |
| Turquía | 1.4 | 0.9 | 0.5 |
| Kenia | 1.4 | 1.4 | ... |
| Haití | 1.3 | 1.3 | ... |
| El Salvador | 1.1 | 0.8 | 0.3 |

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales y del Fondo Monetario Internacional.

a/ Cifras de 1989.

b/ Cifras de 1986.

c/ Cifras de 1987.

d/ Cifras de 1988.

e/ No incluye los gastos en salud de instituciones de seguro social.

Cuadro 6

ISTMO CENTROAMERICANO: EVOLUCION DEL GASTO PUBLICO EN SECTORES
SOCIALES POR HABITANTE, 1980-1990

(Indices 1980 = 100.0) a/

| | Gasto social | | Bienestar social | | Salud | |
|-------------|--------------|-------|------------------|------|-------|------|
| | 1980 | 1990 | 1980 | 1990 | 1980 | 1990 |
| Costa Rica | 100 | 91 | 46 | 85 | 100 | 88 |
| El Salvador | 19 | 8 | 8 | 3 | 10 | 5 |
| Guatemala | 16 | 14 b/ | 7 | 8 b/ | 12 | 9 b/ |
| Honduras | 16 | 20 | 8 | 5 | 12 | 16 |
| Nicaragua | 13 | ... | ... | ... | 29 | ... |
| Panamá | 93 | 108 | 100 | 147 | 67 | 81 |

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales.

a/ Para fines comparativos entre países y en el decenio, se considera el índice 100.0 al del país con mayor gasto erogado en 1980, en cada uno de sus destinos.

b/ Cifras correspondientes a 1989.

Cuadro 7

**ISTMO CENTROAMERICANO: INGRESOS TRIBUTARIOS Y GASTOS SOCIALES Y MILITARES
DE LOS GOBIERNOS**

(Porcentajes del PIB)

| | Ingresos tributarios | Gasto social | | | | | Gastos en defensa |
|--------------------|-------------------------|--------------|-------|-----------|--------------------------------------|---------------------|----------------------|
| | | Total | Salud | Educación | Vivienda y servicios comunales | Seguridad social | |
| Costa Rica (1991) | 14.4 | 15.9 | 7.9 | 4.7 | 0.2 | 3.1 | 0.4 a/ |
| El Salvador (1992) | 8.8 | 2.7 | 0.8 | 1.4 | 0.1 | 0.4 | 1.8 |
| Guatemala (1989) | 7.8 | 4.3 | 1.2 | 2.2 | 0.3 | 0.6 | 1.6 |
| Honduras (1992) | 16.0 | 8.3 | 2.8 | 4.8 | 0.2 | 0.5 | 1.5 |
| Nicaragua (1993) | 22.1 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Panamá (1991) | 13.3 | 18.3 | 6.3 | 4.7 | 1.2 | 6.1 | 1.4 |

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras del Fondo Monetario Internacional. Para Honduras, cifras del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

a/ Cifra de 1989.

provinieron de los rezagos e incumplimientos de los empleadores, debido al cierre de gran número de empresas por efecto de la guerra.

Con ello se afectó seriamente tanto la oferta de servicios médicos hospitalarios como su calidad, en condiciones en que los programas de enfermedad y maternidad se sobrecargaron con grupos que antes no los utilizaban y que entonces sí lo hicieron por la crisis de sus finanzas personales. En este mismo sentido contribuyeron los procesos inflacionarios y devaluatorios que repercutieron en la adquisición de medicamentos, material clínico y equipo, sobre todo importado.

Por su parte, estos déficit financieros afectaron directamente los niveles de las prestaciones económicas, pues se erosionaron en términos reales al grado de no llegar a cubrir, las menores de ellas, siquiera el costo de la canasta básica. El aumento de contribuciones se hizo una práctica frecuente, dentro de los sistemas de reparto modificado existentes, lo cual en alguna forma desalentó la generación de empleo formal. Formas de evasión individual por parte de los afiliados se sumaron a mecanismos oficializados de subdeclaración, que persiguieron evitar esos efectos negativos sobre el empleo. ^{17/} Otra de las medidas adoptadas para paliar el problema fue postergar la edad de retiro, como ocurrió en Costa Rica y Panamá. (La actual estructura de contribuciones de trabajadores y empleadores y de aportes gubernamentales de los afiliados por ley y de los voluntarios puede verse en los cuadros 8 y 9.)

Detrás de este deterioro en la situación financiera de las instituciones de seguro social se encuentra también la caída de sus ingresos, resultante tanto de la menor absorción de la mano de obra como de la reducción de los salarios reales medios. Vicios administrativos, en su mayoría vinculados a una excesiva planta burocrática y a la coexistencia de múltiples instituciones dentro del sistema de seguro social, prestaciones sobredimensionadas, gastos en fines distintos a los que fueron creados (deportivos, culturales) y encarecimiento de los servicios que prestan, sobre todo por el material y equipo médico y hospitalario importado, se repiten entre las causas de los desbalances financieros de las instituciones de seguro social en el Istmo Centroamericano. El mal manejo de los fondos y de las reservas, por las condiciones inflacionarias, ha contribuido a agudizar las crisis. ^{18/}

Los cambios del perfil epidemiológico consistentes en una mayor incidencia de enfermedades de tratamiento más costoso (cáncer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), etc.), sin duda han significado una carga adicional en los presupuestos de los regímenes de enfermedad y

^{17/} En particular, se destaca el "bono compensatorio" de Guatemala. Mediante esta práctica, una parte importante de las percepciones de los trabajadores la reciben mediante este expediente, de forma tal que el sueldo base para efectos de cotizaciones —y de prestaciones— permanece en niveles ínfimos.

^{18/} Véase, al respecto, Carmelo Mesa-Lago, *La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina: Importancia y evaluación de las alternativas de privatización* (LC/R.1322), CEPAL, Santiago de Chile, noviembre de 1993, págs 1-3. También es útil consultar CEPAL, *Pension systems in Latin America: Diagnosis and reform alternatives; case studies in Latin America and the Caribbean; conclusions and recommendations*, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 9, Santiago de Chile, septiembre de 1992, págs 7-9.

Cuadro 8

ISTMO CENTROAMERICANO: FINANCIAMIENTO DE LOS INSTITUTOS DE SEGURO SOCIAL, 1994

(Porcentajes de la nómina)

| | Total | | | | Enfermedad y maternidad | | | | Riesgos trabajo | | | | Invalidez, vejez y muerte | | | |
|--------------------|----------|------------|--------|----------|-------------------------|------------|--------|----------|-----------------|------------|--------|----------|---------------------------|------------|--------|----------|
| | Total | Trabajador | Patrón | Gobierno | Total | Trabajador | Patrón | Gobierno | Total | Trabajador | Patrón | Gobierno | Total | Trabajador | Patrón | Gobierno |
| Sistema avanzado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Costa Rica | 27.20 | 8.00 | 17.70 | 1.50 | 16.00 | 5.50 | 9.25 | 1.25 | 3.70 | — | 3.70 | — | 7.50 | 2.50 | 4.75 | 0.25 |
| Sistema intermedio | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Panamá | 28.70+a/ | 10.00 | 18.70 | a/ | 18.00 | 7.25 | 10.75 | — | 1.70 | — | 1.70 | — | 9.00+a/ | 2.75 | 6.25 | a/ |
| Sistema incipiente | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El Salvador | 14.00+b/ | 4.00 | 9.50 | 0.50+ b/ | 10.50+b/ | 3.00 | 7.50 | b/ | c/ | c/ | c/ | c/ | 3.50 | 1.00 | 2.00 | 0.50 |
| Guatemala | 18.62 | 4.50 | 10.00 | 4.12 | 9.00 | 2.00 | 4.00 | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.00 | — | 5.62 | 1.50 | 3.00 | 1.12 |
| Honduras | 14.00 | 3.50 | 7.00 | 3.50 | 10.00 | 2.50 | 5.00 | 2.50 | c/ | c/ | c/ | c/ | 4.00 | 1.00 | 2.00 | 1.00 |
| Nicaragua | 17.00 | 4.00 | 12.50 | 0.50 | 8.50 | 2.25 | 7.50 | 0.25 | 1.50 | — | 1.50 | — | 5.50 | 1.75 | 3.50 | 0.25 |

Fuente: CEPAL, sobre la base de información de los institutos de seguro social del Istmo Centroamericano.

a/ El gobierno aporta el producto del impuesto sobre el alcohol.

b/ El aporte del gobierno salvadoreño es fijo: según la última información, ascendió a 500,000 millones de dólares.

c/ Aportes incluidos en el régimen de enfermedad-maternidad.

Cuadro 9

ISTMO CENTROAMERICANO: COTIZACIONES DE AFILIADOS VOLUNTARIOS A LOS
INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL, 1994

(Porcentajes de sus ingresos)

| | Total | | | Enfermedad y maternidad | | | Invalidez, vejez y muerte | | |
|---------------------------|---------------------|---------------------|--------------|-------------------------|--------------------|--------------|---------------------------|------------|----------|
| | Total | Trabajador | Gobierno | Total | Trabajador | Gobierno | Total | Trabajador | Gobierno |
| Sistema avanzado | | | | | | | | | |
| Costa Rica | De 13.25 a 20.50 | De 12.25 a 19.50 | 1.00 1.00 | De 5.75 a 13.00 | De 5.00 a 12.25 | 0.75 0.75 | 7.50 | 7.25 | 0.25 |
| Sistema intermedio | | | | | | | | | |
| Panamá | a/ | a/ | — | a/ | a/ | — | — | — | — |
| Sistema incipiente | | | | | | | | | |
| El Salvador | 8.75 | 8.75 | — | 8.75 | 8.75 | — | — | — | — |
| Guatemala | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Honduras | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Nicaragua | 14.00 | 14.00 | — | 8.50 | 8.50 | — | 5.50 | 5.50 | — |

Fuente: CEPAL, sobre la base de información de los institutos de seguro social del Istmo Centroamericano.

a/ Los afiliados voluntarios al régimen de EM en Panamá cotizan una tarifa especial.

maternidad. Por su parte, los cambios del perfil demográfico con crecientes cohortes de población vieja, también han aumentado la proporción de jubilados frente a afiliados activos, aunque no en la misma intensidad que en otros países fuera de la región, por efecto de la continuada expansión demográfica, en todos los tramos de edad.

En el contexto centroamericano la imitación de sistemas de seguridad de corte bismarckiano —orientados a asalariados fabriles urbanos, principalmente— en la que se fincó la creación de sus instituciones de seguridad social, no resultó tan operativa por tratarse de sociedades preponderantemente agropecuarias, con una alta proporción de trabajadores por cuenta propia y familiares no retribuidos. Por lo demás, la interrupción del desarrollo industrial en el decenio pasado y el mayor crecimiento de la pobreza urbana, representaron una prueba más para la endeble estructura de la mayor parte de estas instituciones.

3. La informalidad y la flexibilización de los mercados laborales

Además de las amplias categorías ocupacionales que tradicionalmente han quedado fuera de la protección de la seguridad social, un rasgo característico de la evolución de los mercados laborales ha sido el crecimiento acentuado, sobre todo a partir del decenio pasado, del sector informal, principalmente en las áreas urbanas.

Dada la creciente importancia del sector informal, que llega a ocupar un lugar mayoritario en múltiples ramas de la producción en los distintos países, existen mecanismos en algunos de ellos de afiliación voluntaria a la seguridad social, en particular a los servicios médicos; sin embargo, es lo más común que por la imposibilidad de cubrir sus contribuciones los trabajadores de este sector prescindan de estos servicios.

La introducción de nuevas tecnologías y formas organizativas en el sector moderno de las economías, como parte de la reestructuración económica perseguida, puede entrañar, a falta de tasas aceptables de crecimiento económico, una declinación en el ritmo de absorción de mano de obra en años en que la fuerza de trabajo muestra todavía un elevado crecimiento, generándose con ello desocupación abierta y consecuentemente una expansión mayor del subempleo.

Más aun, las nuevas modalidades de contratación que empiezan a extenderse en el sector formal moderno, sobre bases de flexibilidad, implican prescindir cada vez más de personal de planta, con permanencia y la debida protección social, financiada en parte por la empresa, para optar por la contratación de trabajadores eventuales —o bien servicios de subcontratación—, normalmente por honorarios o por producción a destajo.

Estas prácticas permiten liberar frecuentemente a los patrones del pago de las "cargas sociales", que lejos de ser derechos o prestaciones laborales conquistados en decenios pasados pasan a ser considerados costos de producción en un mundo de creciente competencia internacional, quedando la fuerza de trabajo, antes protegida, cada vez más al descubierto de ellos, y consecuentemente debiendo procurarse los trabajadores en lo individual o en grupo, su protección mediante subsistemas de previsión, normalmente privados. Esquemas flexibles de este tipo requieren para su mejor funcionamiento de sistemas de prestaciones sociales acordes, igualmente flexibles, pues

las formas de operación que actualmente tienen las instituciones de seguridad social existentes en alguna manera se oponen a ello, dada la legislación vigente que exige una obligatoriedad de filiación.

En otros países fuera de la subregión centroamericana se han emprendido o concluido reformas trascendentes a los sistemas de seguridad social, tanto en materia de salud como de pensiones. El éxito de algunas reformas —como la chilena, más notoriamente— tientan a los sectores de la sociedad centroamericana comprometidos en estos campos a restituir sobre nuevas bases la credibilidad perdida de sus sistemas y a adecuarlos a las cambiantes exigencias de su realidad particular. Sin embargo, los obstáculos que sucintamente se acaban de reseñar reducen, para unos países más que para otros, las opciones de reforma que pudieran introducir.

IV. PRINCIPALES RASGOS DE LA OPERACION DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISTMO CENTROAMERICANO

Las marcadas diferencias entre las estructuras socioeconómicas de los países del Istmo Centroamericano se reflejan en los sistemas de seguridad social en cada uno de ellos, tanto en la estructura institucional como en el grado de desarrollo. Así, cualquier apreciación de conjunto resulta limitada, aun cuando se ubiquen en la misma subregión, por lo que deben tenerse reservas respecto de la comparabilidad entre ellos, sus necesidades de reforma y el tratamiento que merecerían.

Las mayores diferencias que presentan los indicadores sociales y económicos respectivos, como se ha visto, se erigen entre Costa Rica, por una parte, y El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, por la otra. Aunque con singularidades importantes, estos cuatro países comparten muchos rasgos comunes de rezago relativo. Panamá ocupa un lugar intermedio.

En materia de grado de madurez y desarrollo de los sistemas de seguridad social, esta tipología coincide todavía con la que se adoptó en un estudio realizado por la CEPAL a principios de los años ochenta, mediante la cual se les clasificó en tres grupos: el alto, el intermedio y el bajo, pese a que no correspondan exactamente las características en todos los casos, pues las fronteras establecidas entre ellos presentan inevitablemente un grado de arbitrariedad. ^{19/}

Al primero pertenece Costa Rica, que no comparte ciertas características demográficas y presenta una relativa novedad de su programa de pensiones. ^{20/} De hecho, la rápida ampliación de la cobertura contra distintos riesgos en los decenios de 1960 y sobre todo 1970, la llevaron a ubicarse en este grupo.

^{19/} Véase, CEPAL, *La equidad en los sistemas de seguridad social* (LC/R.1233), Santiago de Chile, 23 de noviembre de 1992, págs 2-6. (Este documento es una síntesis de Carmelo Mesa-Lago, *Aspectos económico financieros de la seguridad social en América Latina y el Caribe: Tendencias, problemas y alternativas para el año 2000*, realizado para el Banco Mundial.

^{20/} Los principales rasgos de los sistemas integrantes de este grupo es haber sido pioneros en la creación de sus programas de pensiones (en los años veinte o treinta) —lo que Costa Rica no cumple—, cubrir a más del 60% de la población y de la PEA y representar la suma de contribuciones recibidas (del trabajador, del empleador y del Estado) 26% o más de la nómina salarial y los gastos en seguridad social entre 9% y 11% del PIB y alrededor de 33% del gasto fiscal. También es rasgo de este grupo el que debido a la madurez del programa y a la elevada esperanza de vida, entre 44 y 79% de dichos gastos se dedica al programa de pensiones. Por último, la razón pasivo/activo es muy alta —de hasta 0.6%— lo que significa que a cada pensionado lo financian dos contribuyentes activos, por la baja tasa de crecimiento de la población, por su envejecimiento y por ser su cobertura casi universal, con la consiguiente rigidez de incorporar nuevos asegurados y las dificultades financieras que demandan el apoyo gubernamental y una reforma integral. Este grupo lo comparte Costa Rica, entre los veinte países de la región considerados en ese entonces, con Uruguay, Argentina, Chile, Cuba y Brasil. (En ese estudio quedaron excluidos los países del Caribe no latino.)

Al segundo grupo, el intermedio, pertenece Panamá, aun cuando presente este país algunos indicadores socioeconómicos (salud, PIB por habitante) más elevados que Costa Rica. 21/

Por último, del grupo bajo, de desarrollo incipiente, forman parte El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. 22/

1. Costa Rica: Un seguro social de vocación universalista y con protección a grupos vulnerables

El principal rasgo del sistema de la seguridad social en Costa Rica es el de haber alcanzado prácticamente la universalidad de los servicios médicos y hospitalarios y el de haber logrado cubrir dentro de su sistema de pensiones a poco más de la mitad de la población. Otro rasgo distintivo y de gran significación es el de brindar, adicionalmente a la protección médica, alguna ayuda monetaria a grupos seleccionados de no contribuyentes en verdadera necesidad, lo que constituye un avance singular no sólo dentro del contexto centroamericano sino de la región latinoamericana en su conjunto.

Los elevados indicadores sociales de Costa Rica, comparables a los de países industrializados como Francia y Noruega —la tasa de mortalidad infantil de sólo 13.8 al millar y la esperanza de vida al nacer de 76 años— se deben en buena parte a este hecho, dada la fuerte tradición democrática y civilista de esta sociedad, con la consecuente vocación social tan desarrollada, que se ha patentizado en la elevada proporción de gasto público que se destina a salud y a seguridad y bienestar social, en detrimento de los pequeños recursos que se orientan a gastos de seguridad nacional.

21/ En 1980, las características de este grupo eran principalmente la aparición de programas de pensiones en los años treinta y cuarenta, una cobertura poblacional de entre 12 y 53%, el porcentaje de contribución sobre la nómina de entre 18 y 25%, y los gastos de seguridad social entre 3 y 4% del PIB, y entre 14 y 23% del gasto fiscal. Dado que se trata de países en plena transición demográfica y con un índice de dependencia alto, sólo se dedica entre 20 y 40% en pensiones, también por la relativa juventud del programa y una esperanza de vida menor que en el grupo anterior. Por ello, la razón pasivo/activo fluctúa entre 0.05 y 0.15, además de por una elevada tasa de crecimiento de la población y la gradual ampliación de su cobertura. También forman parte de este grupo, México, Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Venezuela.

22/ Adicionalmente, en este grupo se incluyen Haití y la República Dominicana. Los países pertenecientes a este grupo cuentan con programas de pensiones aparecidos en las décadas de 1950 y 1960, tienen una cobertura menor a 10% de la población total y de 19% de la PEA (en 1980) y se concentran en la capital y las ciudades más importantes. En este grupo, el porcentaje de contribución sobre las nómina salarial oscila sólo entre 12 y 16%, los gastos de seguridad fluctúan entre 1 y 2% del PIB, y no sobrepasan 18% del gasto fiscal. Menos del 20% del gasto total se orienta al programa de pensiones, por la novedad del programa y la baja esperanza de vida; así, la razón pasivo/activo es bajísima, entre 0.02 y 0.08, por la tasa de expansión demográfica y el potencial de extender su cobertura. En 1980 no estaban expuestos todavía los sistemas de seguro social de este grupo a desequilibrio financiero, aunque sí actuarial.

Desde 1924 se hizo patente en este país la preocupación por los riesgos del trabajo, cuya protección fue la primera manifestación de seguridad social en Costa Rica. Desde un principio la cobertura de este seguro quedó confiada al Instituto Nacional de Seguros, que es la institución estatal que hoy día la continúa administrando. Esta separación institucional entre este seguro y los demás no se repite en ningún otro país del Istmo.

La Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) se creó posteriormente, en 1941, y desde entonces se ha constituido como eje central de la seguridad social en el país. También es una institución pública autónoma. Prácticamente desde un principio, en septiembre de 1942, empezó a administrar el seguro de enfermedad y maternidad (EM), y gracias a constantes ampliaciones en su cobertura y a los apoyos legales decididos en 1961 y, sobre todo, en 1973, actualmente protege casi a la totalidad de la población del país. En efecto, en ese último año el Ministerio de Salud transfirió a la CCSS la totalidad de los hospitales, quedando el Ministerio, dentro de un sistema único de salud, a cargo de la medicina preventiva, y aquella a cargo de la curativa. 23/

Los asegurados contra este riesgo son los asalariados y sus beneficiarios, los trabajadores por cuenta propia o independientes, los indigentes a cargo del Estado y los pensionados de los diferentes regímenes del país, y sus beneficiarios. En 1992, cerca del 85% de los usuarios correspondían a la cobertura contributiva, el 15% restante eran no asegurados. Entre los primeros, alrededor del 25% eran asegurados directos activos, el 5% de pensionados, el 45% los familiares de ambos grupos y casi 10% correspondían a la cuenta del Estado y sus familiares, esto es, en su mayoría, los afiliados a fondos de pensiones especiales del sector público que, sin embargo, son usuarios del seguro de enfermedad y maternidad de la CCSS. En cuanto a los segundos, buena parte corresponde a los fondos no contributivos ideados para la población vulnerable, principalmente de la tercera edad y minusválidos. 24/

Comprende este seguro tres tipos de prestaciones: las médicas, las económicas y las sociales. Entre las primeras se cuentan la asistencia médica y quirúrgica, la odontológica, los servicios de farmacia y laboratorios clínicos. Entre las segundas, el subsidio en dinero por incapacidad por enfermedad, las ayudas por prótesis ortopédicas o dentales, gastos de traslados y hospedajes y los fondos de mutualidad (gastos de entierro). En fin, entre las sociales, principalmente actividades de capacitación en materia higiénica y educación sexual.

Este programa de enfermedad y maternidad se financia con el aporte de los patrones del 9.25% de los salarios de sus trabajadores, con el 5.50% del salario a cargo de los propios trabajadores, y con el 1.25%, por parte del Estado, de los salarios de todos los trabajadores que

23/ Por lo que se refiere a orígenes y evolución de la seguridad social en Costa Rica, véase, Guido Miranda Gutiérrez, *La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica*, Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, San José, Costa Rica, 1988.

24/ Véase, entre otros, Jorge Valverde Castillo, "Visión de la seguridad social en Costa Rica dentro del marco del seguro social" en Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), *La seguridad social en Costa Rica*, Serie Monografías 2, México, 1993, págs. 131-148 y anexo estadístico.

mantienen relaciones obrero-patronales. Los trabajadores independientes cotizan entre 5% y 12.25% de sus ingresos, según su monto (el Estado aporta el 1%), y los pensionados el 4.5% de la pensión.

La asistencia médica, que es universal para todos los residentes de Costa Rica, por un máximo de 52 semanas, la brinda la CCSS mediante sus 29 hospitales y más de cien clínicas.

Adicionalmente, mediante este programa se compensa monetariamente a los afiliados, exclusivamente, por enfermedad con el 50% de los ingresos, hasta un monto máximo prefijado. Las prestaciones por maternidad son del mismo porcentaje, pagaderas durante un mes antes y tres meses después del parto. Mediante este programa se cubre al 47% de la PEA total: el 64% de la PEA asalariada y tan sólo el 4% de los no asalariados.

Por su parte, el seguro por accidentes de trabajo, a cargo del Instituto Nacional de Seguros, como se mencionó, lo cubre enteramente el patrón, con una prima que varía según el riesgo del trabajo. La prestación asciende al 75% del sueldo durante los primeros 45 días y varía con arreglo al período de incapacidad, que puede llegar a ser permanente. Se prevén subsidios de distinto tipo, atención médica en el extranjero y pensión al lisiado o a sus sobrevivientes. También se contempla una ayuda por sepelio.

El programa de invalidez, vejez y muerte (IVM) se creó en 1943, pero no empezó a regir sino hasta 1947. En un principio se circunscribió a empleados públicos y a algunos empleados seleccionados del sector privado y del magisterio. Fue a principios de los años sesenta que se extendió su cobertura a trabajadores manuales, primero del área metropolitana y después del interior del país. A mediados de los años setenta, en que se volvió obligatorio, se había extendido a los trabajadores domésticos y a los de actividades agropecuarias. 25/

En los últimos años, este régimen ha cubierto alrededor del 47% de la población económicamente activa —aproximadamente 500,000 afiliados—, en su mayoría asalariados. Así, cerca del 70% de los trabajadores del sector público y del privado se encontraban protegidos. Una parte de los primeros, cabe tener presente, se han acogido a los sistemas especiales de los que a continuación se hará mención. En cambio, sólo estaba cubierto el 12% del servicio doméstico. Del minoritario grupo de los no asalariados (1.6% del total), integrado sobre todo por trabajadores por cuenta propia, sólo estaba protegido el 2% del total. 26/

Tanto en el régimen de enfermedad y maternidad como en el de invalidez, vejez y muerte, se estima que la evasión se eleva a 14% de las cotizaciones, a lo que se suma la mora

25/ Véase, CCSS, *Apuntes sobre algunos aspectos importantes de la seguridad social costarricense*, Departamento de Administración de Pensiones, San José, Costa Rica, julio de 1992, págs. 6-8.

26/ Véase, "Sistemas de pensiones en Costa Rica: Descripción, opciones de reforma y una propuesta integral", en Andras Uthoff y Raquel Szalachman, *Sistema de pensiones en América Latina: Diagnóstico y alternativas de reforma*, *op. cit.*, págs. 40-42. Véase, también, Jorge Valverde Castillo, *op. cit.*, pág. 178.

gubernamental. 27/ Aun cuando en la actualidad se advierte una mejora en las finanzas de este programa (en cierta medida por el pago de parte del adeudo del gobierno), el fuerte déficit en el que se llegó a incurrir obligó a introducir algunas modificaciones, como postergar, en enero de 1991, la edad de retiro a 61 años 11 meses para el hombre y 59 años 11 meses para la mujer (anteriormente eran 57 y 55 años, respectivamente). Asimismo, se fijó la cuantía básica al 40% del salario promedio, más 10% por esposa, y 20% por esposa e hijos, y se varió el incremento por tiempo cotizado a 0.0835% por cada mes cotizado por encima de los 240 meses, aumentándose la mejora por postergación. Así, se estableció un mínimo de pensión del orden de 70 dólares mensuales, y un máximo del orden de los 800 dólares. Estas pensiones, como es común, entrañan el pago de un treceavo mes, por aguinaldo. 28/

El seguro de IVM se inició en 1947 como un sistema de capitalización colectiva —con una prima promedio—; sin embargo, debido a los fondos excedentarios que generó, susceptibles de utilizarse de una forma politizada y de erosionarse con la inflación, al iniciar la década de los ochenta se transformó en un régimen de capitalización parcial con primas escalonadas, que aunque generara fondos menores hace posible la revisión de primas cuando éstos disminuyen. Desde 1992 funciona como un sistema de reparto, con una reserva de contingencias, por medio de primas escalonadas. Se financia con las cuotas obligatorias del 2.5% del ingreso de los trabajadores, el 4.75% de la nómina, a cargo de los empleadores, y el 0.25% como contribución del Estado. Los trabajadores independientes que voluntariamente se adhieran cotizan en función de sus ingresos, entre 4.5 y 7.25%, correspondiendo al Estado completar la cuota a 7.5%. 29/

Independientemente de este programa de pensiones de la CCSS, existen alrededor de trece regímenes especiales (ocho contributivos y cinco no contributivos; estos últimos sólo otorgan beneficios de sobrevivencia) para la protección de determinados grupos de trabajadores públicos. Estos regímenes se excluyen entre sí, e igualmente ofrecen una cobertura de invalidez, vejez y muerte, y son financiados por los propios trabajadores, en una parte mínima, y sobre todo por el Estado, sin mayor transparencia de su manejo. Estos programas benefician por encima de la media a alrededor del 7% de la PEA. 30/

Adicionalmente, en los últimos seis o siete años se han desarrollado fondos de capitalización individual, con carácter voluntario. Existen cinco operadoras que amparan a 74,000 trabajadores

27/ Véase, José Rafael Brenes, *Cobertura contributiva y estimación de la evasión de contribuciones a la seguridad social en Costa Rica*, CEPAL, Serie Política Fiscal 52, Proyecto Regional de Política Fiscal CEPAL/PNUD, Santiago de Chile, 1994, págs. 21-23.

28/ En la actualidad se lleva a cabo una campaña de concientización y de reivindicación de la tercera edad, para que los ancianos vivan con sus hijos y nietos, con el ahorro consecuente para que sus pensiones sean suficientes, pese a su baja.

29/ Véase, José Rafael Brenes, *Cobertura contributiva y estimación de la evasión de contribuciones a la seguridad social en Costa Rica*, *op. cit.*, págs. 13-17.

30/ Entre ellos destaca la Junta Nacional de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, con alrededor de 7,000 afiliados, además de los regímenes especiales del Poder Judicial, de las Municipalidades, de Comunicaciones, de la Imprenta Nacional, de Expresidentes de la República, las del Registro Público, y de Víctimas de Guerra, entre otros.

tanto del sector público como del privado. Algunas de estas operadoras de fondos son estatales —una de ellas, por ejemplo, manejada por el Instituto Nacional de Seguros— y otras privadas. Su regulación y supervisión se encuentra en proceso de legislación. 31/

Complementan su cobertura el Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico, creado en 1974, como parte de la Ley de Desarrollo Social y de Asignaciones Familiares. 32/ Este programa lo administra la CCSS como una extensión del seguro de invalidez, vejez y muerte. Sus beneficiarios son las personas con evidente estado de necesidad y que no pueden obtener recursos de ninguno de los regímenes no contributivos del país; en particular, ancianos (mayores de 65 años), inválidos y viudas desamparadas, con dependientes o sin ellos, así como huérfanos menores de 15 años e indigentes entre 45 y 65 años con deterioro físico o mental: en total, 83,000 beneficiarios. Además de una pensión mínima (40 dólares al adulto mayor —que equivale al 37% de la canasta básica—, y hasta 127 dólares en caso de parálisis cerebral profunda), se benefician de otras prestaciones, principalmente la asistencia médico-hospitalaria del programa de enfermedad y maternidad. Existen convenios con hogares de ancianos y de niños minusválidos para que reciban éstos las pensiones y las administren a su favor.

Este régimen obtiene sus recursos del 20% de los fondos que se recaben para financiar el conjunto de los programas de dicha Ley, que provienen del 3% del impuesto de ventas y del 5% del total de sueldos y salarios que los patrones públicos y privados paguen a sus trabajadores (con algunas excepciones dentro de los poderes públicos e institutos de enseñanza superior, así como de empresas —industriales o agropecuarias— de bajas nóminas).

En fin, otros regímenes de la CCSS son el de pensiones de guerra, financiado por el Ministerio de Hacienda; el programa de pensiones vitalicias para niños con parálisis cerebral profunda, y el del Premio Magón, para viudas, huérfanos o dependientes incapacitados de los galardonados con este premio, ambos a cargo del régimen no contributivo de la CCSS, y el Fondo Nacional de Mutualidad, para ayuda de sepelio, también a cargo de la CCSS para sus beneficiarios.

Hay un claro reconocimiento de que los regímenes de pensiones con cargo al presupuesto nacional acusan un estado de quiebra financiera, y que las reformas parciales de 1991 y 1992 —que postergaron la edad de retiro, entre otras cosas— resultaron insuficientes. Por ello se ha formulado un proyecto de ley que propugna la autosuficiencia financiera mediante la revisión de requisitos para pensionarse y la elevación de la cotización del 7 al 9%. 33/

En el campo del bienestar social, además de financiar el Régimen no Contributivo por Monto Básico mencionado, el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) canaliza

31/ Véase, CCSS, *Proyecto para la reforma para el sistema nacional de pensiones*, San José, Costa Rica, septiembre de 1994.

32/ Los programas restantes de esta Ley fueron los de salud, alimentación y nutrición, el de asentamientos campesinos y vivienda rural, y el de capacitación y divulgación.

33/ Presidencia de la República, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Ministerio de Hacienda, *Proyecto "Ley de normalización y sostenibilidad de los regímenes de pensiones con cargo al presupuesto nacional"*, San José, Costa Rica, marzo de 1995.

montos significativos a los sectores más desprotegidos mediante una serie de instituciones, una parte en forma de transferencias. Su presupuesto en 1994 era de aproximadamente 200 millones de dólares que, como se señaló, provienen de las nóminas y del impuesto general sobre ventas, a partes iguales prácticamente. En la actualidad, este Fondo se encuentra sujeto a una importante reestructuración y modernización, como banca de desarrollo social que persigue mejorar su calidad. 34/

En particular, con un presupuesto anual de cerca de 20 millones de dólares, el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) beneficia directamente a alrededor de 400 instituciones de bienestar social, muchas de ellas privadas, que atienden a más de 31,000 necesitados (discapacitados, menores, ancianos y fármacodependientes). Mediante el proyecto de cupón alimentario, por ejemplo, atiende al 30% de la población objetivo, unas 50,000 familias en situación de extrema pobreza, muchas de ellas con jefatura femenina. El IMAS administra igualmente programas de subsidios no alimentarios, de hogares comunitarios y de subsidios para vivienda, entre otros. 35/

Otro de los programas de mayores recursos del FODESAF es el de subsidios a la vivienda —el bono familiar de vivienda— mediante el Banco Hipotecario de la Vivienda (BANHVI). Con este subsidio directo y gratuito se da oportunidad a las familias más pobres de hacerse de una vivienda, y con ello de un capital que constituye una de las formas más importantes de previsión familiar.

El FODESAF es pionero en el contexto centroamericano, puesto que en Costa Rica no se debió crear, como en el resto de los países de la subregión, un fondo de compensación para hacer frente a la crisis y a los programas de ajuste. Pese a atender eficientemente a una población focalizada, sobre una base temporal, resulta insuficiente para cubrir las necesidades de la población pobre que no está protegida con un mínimo de prestaciones económicas del sistema de seguridad social.

En general, la administración anterior enmarcó su estrategia de combate a la pobreza en el Programa de Promoción Social y Fortalecimiento del Sector Social Productivo, 36/ mientras que la actual, que asumió en 1994, se encuentra en proceso de sentar la bases de su nueva estrategia, que se orienta a combatir la pobreza mediante un Plan Nacional, y detener el deterioro de la clase media por medio del desarrollo de la capacidad productiva y organizativa de la sociedad. 37/

34/ Véase, Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (DESAF), *Reestructuración del FODESAF*, San José, Costa Rica, marzo de 1995.

35/ Véase, FODESAF, *Presupuesto ordinario 1994*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, San José de Costa Rica, 1993.

36/ Véase, CEPAL, *Actividades de los gobiernos de América Latina y el Caribe para la superación de la pobreza: Respuesta del gobierno de Costa Rica* (LC/L.713(Conf.82/5)Add.5), Tercera Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe, octubre de 1992.

37/ Véase, Presidencia de la República, *Costa Rica ante el reto del desarrollo social*, Cumbre Mundial de Desarrollo Social, San José, Costa Rica, mayo de 1995.

2. Panamá: Un sistema de seguridad social de desarrollo intermedio con elevada centralización geográfica

La marcada vocación social de Panamá se refleja en sus principales indicadores que, aunque inferiores a los de su país vecino, se sitúan entre los más elevados del Istmo (21 al millar de mortalidad infantil y 73 años de esperanza de vida). Digno de resaltar es el considerable gasto en salud, cercano a los 200 dólares por habitante (del mismo orden de magnitud que el de Costa Rica). Esto ubica a Panamá incluso por encima de Costa Rica, en cuanto al mayor número de médicos, auxiliares médicos y camas de hospital por habitante. Sin embargo, las desigualdades urbano-rurales más profundas y los problemas de inaccesibilidad geográfica y cultural se manifiestan en diversos ámbitos de la vida económica y social, entre ellos, el de la cobertura de la seguridad social.

Como se mencionó, el instituto de seguro social de Panamá tiene un nivel de desarrollo intermedio. Su cobertura se circunscribe mayoritariamente a los asalariados de las áreas urbanas y, en particular, en la ciudad de Panamá, donde se concentran las instalaciones médicas y hospitalarias. También se caracteriza por ofrecer las pensiones más elevadas del Istmo, sobre todo los afiliados sujetos a regímenes complementarios. En cambio, en las zonas rurales, particularmente en las más apartadas, se presentan graves deficiencias.

La institución central del sistema de seguridad social en Panamá es la Caja de Seguro Social (CSS), una entidad pública autónoma creada en 1941. Sus principales programas son el seguro de enfermedad y maternidad, el de riesgos de trabajo, y el de invalidez, vejez y muerte. Este último se encuentra robustecido con otros subsistemas de pensiones complementarias, pero sólo para distintas categorías de funcionarios públicos.

En la actualidad, la CSS cubre a poco más de la mitad de la población del país, que asciende a alrededor de 2.5 millones de habitantes: de ellos no llegan a 470,000 (20% de la población total, o 54% de la PEA) los asegurados cotizantes (incluidos los pensionados), y poco más del 30% sus dependientes. La acción preponderante de la Caja se desenvuelve en la zona urbana, y muestra una relativa concentración en el área metropolitana de la ciudad de Panamá. De hecho, la población protegida en torno a la capital —que alberga casi a la mitad de la del país— representa cerca del 60% de los derechohabientes totales del país y, pese a ello, casi un 40% de los capitalinos se encuentran por completo fuera del sistema de seguridad social. En otras capitales de provincia, tales como Chiriquí, Colón y Coclé, también se registra un buen número de asegurados, pero que no representan sino alrededor del 40% de sus poblaciones respectivas. La provincia de San Blas, observa la menor cobertura, sólo un 6% de la población protegida por el seguro social.

En general, los asalariados —públicos y privados— y los empleados domésticos son los principales afiliados a la CSS; los trabajadores por cuenta propia pueden hacerlo de manera voluntaria. Quedan excluidos por ley los trabajadores agrícolas empleados menos de seis meses al año y los miembros de la familia ocupados en una empresa familiar.

En cuanto al primero de los seguros, el de enfermedad y maternidad, los servicios médicos y hospitalarios de Panamá se encuentran repartidos entre dos grandes instituciones: la CSS y el Ministerio de Salud, prácticamente a partes iguales. Entre ellos se ha perseguido instrumentar plenamente el Convenio para la Coordinación Funcional de Prestación de Servicios que, entre otras

cosas, permitiría la cancelación de cuentas de servicios prestados en las instalaciones médicas y hospitalarias de una institución a nombre de la otra. De esta forma, dado el carácter público de los servicios prestados por el Ministerio de Salud, podría ofrecerse de manera conjunta la universalización de sus servicios. Existen esfuerzos por volver a elevar la calidad de los servicios de la CSS, fuertemente deteriorados por haber debido cubrir con su presupuesto el déficit en que incurrió el seguro de invalidez, vejez y muerte.

Este seguro se financia de una forma bipartita: los asegurados cotizan el 7.25% de sus ingresos (los pensionados el 6.75% de su pensión), mientras que los empleadores aportan el 10.75% de la nómina. El gobierno no destina ninguna transferencia en este campo.

Los beneficios de los afiliados y sus dependientes (esposa e hijos menores de 18 años, o de 25 si son estudiantes o inválidos, y padres mayores de 60 años) son la atención médico-hospitalaria de la CSS, o eventualmente del Ministerio de Salud, o el reembolso parcial de la medicina privada en caso de haber acudido a ella por la insuficiencia de los servicios ofrecidos. Las prestaciones monetarias para los afiliados que reúnan los requisitos ascienden al 70% de su ingreso hasta por 52 semanas, por ausencia por enfermedad, y al 100% por maternidad (seis semanas antes y ocho semanas después del parto). 38/

La primera ley que contemplaba la protección de los trabajadores contra riesgos de trabajo data de 1916, si bien, en su creación, fue la Caja la que asumió estas funciones. Este seguro es financiado enteramente por los empleadores, con primas que varían según el riesgo de la ocupación, que en promedio es de 1.7% de la nómina. Pueden ser beneficiarios los asalariados públicos y privados, previéndose su ampliación en un futuro a trabajadores por cuenta propia y empleados domésticos. Los accidentados reciben el 100% de su ingreso durante los dos primeros meses, y el 60% en los siguientes doce, además de la atención médico-hospitalaria. Las pensiones por incapacidad permanente oscilan entre 145 y 1,000 dólares mensuales, y existen también fórmulas de incapacidad parcial, pensiones a sobrevivientes (de hasta el 75% del ingreso del asegurado) y ayuda de gastos de sepelio, por 250 dólares.

El seguro de vejez, invalidez y muerte tiene como beneficiarios a los anteriormente señalados, en su mayoría asalariados urbanos. Los empleados públicos también se benefician de este programa general, además de uno especial, complementario.

Este programa se financia de una manera tripartita: 6.25% de sus sueldos aportan los asegurados; 2.75% de la nómina, a cargo de los empleadores, y el producto del impuesto sobre el alcohol a cargo del Estado.

Las pensiones por vejez se concedían a los 60 años para los hombres, y 55 para las mujeres que reúnan los requisitos. Sin embargo, un fuerte problema financiero derivado de la situación actuarial del propio programa y de malos manejos administrativos de la Caja llevaron a postergar, a partir de enero de 1995, estas edades dos años más, a 62 y 57 años, respectivamente. El cálculo

38/ Véase, Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (COCISS), *La seguridad social en Centroamérica 1993*, sin fecha, págs 51-52.

de las pensiones varía con los años de cotización sobre la base del 60% de los ingresos; en la práctica, la pensión mínima es de 145 dólares y la máxima puede llegar a alrededor de 1,500 dólares. Las pensiones por invalidez prácticamente son del mismo orden. En caso de muerte, la viuda recibe el 50%, 20% si es huérfano, o 30% a madre o padre, en caso de no existir los anteriores. También se prevé protección a las concubinas. La pensión mínima a sobrevivientes ha sido de 72 dólares, y la ayuda de sepelio, igualmente, es de 250 dólares.

El programa de IVM de la Caja es deficitario según criterios actuariales, pues la reserva contable no es suficiente para sufragar el valor presente de los compromisos con los pensionados. Esta reserva ha venido en constante descenso: de ser de 5.3% en 1989, descendió a 3.6% en 1993.

Los distintos subsistemas de pensiones para los empleados públicos no son excluyentes de estas prestaciones sino complementarios. El Programa del Fondo Complementario para los Servidores Públicos se divide en dos grandes grupos: aquéllos con leyes especiales (educadores, oficiales, bomberos, enfermeras, etc.) y los que sin ellas obtienen un complemento determinado al programa de IVM de la CSS. A cerca de 100,000 asciende el número total de pensionados de Panamá por los distintos programas.

En el otro extremo, prácticamente la mitad de la población no goza de acceso alguno al sistema del seguro social, tanto en el campo médico como principalmente en el previsional. El Ministerio de Salud ofrece un mínimo de atención médica, pero su cobertura es incompleta por limitaciones de accesibilidad geográfica y frecuentemente cultural entre las etnias minoritarias. El Ministerio de Trabajo y Bienestar Social despliega una serie de actividades asistenciales que, con todo, resultan insuficientes. Por su parte, el Ministerio de Planificación Económica y Social está dando un impulso renovado al combate a la pobreza. Mayor alivio brinda el Fondo de Emergencia Social (FES), creado en 1990 con este fin preciso, que fue inicialmente concebido como un fondo compensatorio para afrontar los efectos sociales de la crisis y del programa de ajuste. Mediante sus distintos programas atiende de una manera focalizada a la población en condiciones de extrema pobreza. En estas actividades confluyen también múltiples organizaciones privadas y ONG. ^{39/}

En todo caso, fuera de estas acciones parciales, no existe un mecanismo a nivel nacional que garantice la solidaridad y subsidiariedad entre los estratos sociales. Los mecanismos previstos en la CSS se circunscriben a poco más de la mitad de la población: el seguro médico funciona de mejor manera en este sentido de redistribución interna de costos y beneficios, por su propia naturaleza, mientras que el de pensiones no desempeña este papel, aun cuando no sea de capitalización individual.

^{39/} Véase, CEPAL, *Actividades de los gobiernos de América Latina y el Caribe para la superación de la pobreza: Respuesta del gobierno de Panamá* (LC/L.713(Conf.82/5)Add.10), Tercera Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe, octubre de 1992.

3. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua: Insuficiencia y fragilidad de sus sistemas de seguridad social

Si los sistemas de seguridad social de Costa Rica y Panamá —de desarrollo alto y medio en la región latinoamericana y caribeña— evidencian dificultades de funcionamiento y limitaciones considerables de cobertura, los de los cuatro países restantes del Istmo —clasificados de desarrollo bajo— presentan rasgos comunes de insuficiencia y de fragilidad que demandan, con mayor intensidad, un replanteamiento de su funcionamiento.

El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua —donde vive más del 80% de los centroamericanos— revelan especificidades en su estructura económica y social, aunque de hecho comparten muchos rasgos. Entre ellos, arrojan un producto interno bruto (PIB) por habitante marcadamente más bajo que sus vecinos (por debajo de la mitad). Este factor, junto con la estructura distributiva tan inequitativa, determina la mayor incidencia de pobres y de indigentes, en torno al 75% de la población total los primeros, y por encima del 50% los segundos.

Por la estrechez de sus finanzas públicas y por los elevados gastos militares en que han incurrido, los recursos que se destinan en estos cuatro países a los sectores sociales resultan exiguos, su monto oscila entre la cuarta y la séptima parte de sus vecinos del sur. Así, la tasa de mortalidad infantil varía entre 46 al millar en El Salvador y casi 60 en Honduras, el triple o cuádruple de aquéllos. La esperanza de vida al nacer, en torno a los 66 años en los cuatro países, es diez años menor que la de Costa Rica. El número de personal médico por habitante en Guatemala representa la quinta parte del de Panamá, y el de auxiliares médicos en El Salvador la cuarta parte; así como el de camas de hospital en la mayoría de ellos no llega ni a un tercio.

En general, por las características propias de estos cuatro países, sus sistemas de seguridad social se crearon más recientemente, y con una cobertura muy reducida, en su mayor parte de población asalariada urbana. Sus sistemas de pensiones, exiguos y vulnerables, se han complementado con subsistemas creados específicamente para grupos excluyentes.

a) El Salvador

Aun cuando en El Salvador existen antecedentes de protección social que se remontan a fines del siglo pasado y que han sufrido transformaciones constantes en el presente, el actual sistema de seguridad social es relativamente reciente. En efecto, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) se creó en 1949; sin embargo, su programa de pensiones no se inició sino hasta 1969. El Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP), que uniformó los regímenes especiales de pensiones de los distintos ministerios, inició sus operaciones en 1975, quedando incorporados en él los empleados públicos docentes a partir de 1978. Teniendo como antecedente directo una caja de ahorro mutual, en 1981 se creó el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA), que constituye el menos vulnerable de los subsistemas de la seguridad social en el país. Así, estas tres instituciones, principalmente, conforman a este sistema, con una cobertura poblacional sumamente estrecha.

En materia de salud, el ISSS atiende a los afiliados del sector privado, a sus cónyuges o compañeras de vida y a los hijos menores de dos años. También pueden afiliarse los trabajadores por cuenta propia, pero quedan excluidos los trabajadores agrícolas, los eventuales y los empleados domésticos. En total, en 1993 el 14% de la población salvadoreña estaba amparada. El ISSS administra asimismo el programa de enfermedad y maternidad del INPEP. Se estima que con ello abarca en conjunto al 18% de la población económicamente activa del país. Adicionalmente, el IPSFA, el Bienestar Magisterial y la Administración Nacional de Telecomunicaciones, cubren a un 5%, con lo que se llega en total al 23%. 40/

En su programa de invalidez, vejez y muerte el ISSS y el INPEP afiliaban en 1993 a 427,000 trabajadores; en total, el 22% de la PEA, correspondiendo aproximadamente dos tercios al primero y un tercio al segundo. A causa de excluir a la fuerza de trabajo agrícola, el sistema de seguridad social en El Salvador se enfoca a las áreas urbanas, concentrándose casi las tres cuartas partes en San Salvador. 41/

En el programa de enfermedad y maternidad del ISSS los trabajadores aportan el 3% de sus ingresos, los patrones el 7.5% y el gobierno un monto fijo no menor de 500,000 dólares en la actualidad, revisable cada cinco años. Los trabajadores independientes cotizan un porcentaje superior. Los beneficios en materia curativa son asistencia médico-quirúrgica, medicamentos, servicios de laboratorio, hospitalización, prótesis y odontología. Las prestaciones económicas se elevan al 75% del sueldo, tanto en enfermedad como maternidad, en el primer caso por 52 semanas y en el segundo hasta por 12; además, se incluye suministro de leche y una canastilla. 42/

A diferencia de otros países, el programa de accidentes de trabajo es igualmente tripartito, pues las cotizaciones están incluidas en el de enfermedad y maternidad. Ofrece también como subsidio por incapacidad el 75% del ingreso, hasta por 52 semanas, y las pensiones, en caso de fallecimiento, varían del 60% para la viuda, según el número de dependientes, hasta un máximo del 100%, además de una ayuda de sepelio.

En cuanto al programa de invalidez, vejez y muerte, las características del ISSS y del INPEP difieren tanto por las prestaciones otorgadas, como por su financiamiento.

En ambos regímenes la edad de jubilación es de 60 años para los varones y 55 para las mujeres, pero la cuantía y las modalidades de retiro difieren sustancialmente en función de los años trabajados, de los ingresos de los últimos años y de otras variables. Asimismo, el ISSS no considera los años trabajados antes de la iniciación de su régimen de pensiones, en 1969, mientras que el INPEP sí, antes de 1975. En el ISSS, los beneficios en efectivo alcanzan 40% de los ingresos mensuales, y pueden aumentar hasta el 90% en función de la esposa y los hijos de hasta 16 años.

40/ Véase, CEPAL, *Salud, equidad y capital humano...*, *op. cit.*, págs. 28-30.

41/ Véase, Gustavo Crespín, "Realidad y perspectivas del sistema previsional en El Salvador", Andras Uthoff y Raquel Szalachman, *Sistemas de Pensiones en América Latina y el Caribe, diagnóstico y alternativas de reforma*, volumen 3, CEPAL-PNUD, Santiago de Chile, enero de 1994, págs. 36-38.

42/ Véase, *La seguridad social en Centroamérica 1993*, *op. cit.*, págs 27-28.

Estas jubilaciones pueden pagarse en el extranjero, incluyen el treceavo mes, de aguinaldo, y varían de 35 dólares a un máximo de casi 2,000 dólares, lo cual es insólito en la difícil situación financiera por la que atraviesa esta institución. ^{43/} Las pensiones máximas a los sobrevivientes también pueden llegar hasta el 90%, además de una ayuda para el sepelio, de casi 300 dólares. Se reconoce que las prestaciones del INPEP resultan todavía mayores, además de que con el fin de reducir el personal de la administración pública en 1991 empezó a funcionar el Sistema Temporal de Pensiones para la Vejez, ofreciendo el 100% del salario básico regulador.

Entre las otras prestaciones para los beneficiarios sobresale el programa de vivienda, que además de facilitar en alguna medida a los afiliados la satisfacción de esta necesidad, con tasas y plazos preferenciales, constituye una garantía en la colocación de las reservas. El INPEP cuenta con sus propios mecanismos y los afiliados del sector privado con el Fondo Social para la Vivienda, que demanda cotizaciones adicionales tanto de los afiliados como de los patrones. Sin embargo, estos mecanismos han sufrido importantes mermas en sus reservas por los fuertes adeudos en el pago de los beneficiarios.

En cuanto al financiamiento, en ambos casos se basa en un sistema de primas escalonadas. En el ISSS los trabajadores aportan el 1% de su ingreso, los patrones el 2% y el Estado el 0.5%; en el INPEP las contribuciones no son tan bajas: 9% para los afiliados administrativos y 12% al docente, que se paga entre el afiliado y el Estado a partes iguales (salvo aquéllos de menor ingreso, en que el Estado cubre la totalidad).

Ahora bien, una limitación de primer orden para ambos institutos, sobre todo para el INPEP, ha sido la enorme mora acumulada en los aportes del Estado. Mucho más importante todavía ha sido para el ISSS el monto de la mora patronal —que representa dos tercios de la total—, que tiene como causa los cierres de empresas por la caída y el desquiciamiento de la actividad económica por efecto de la guerra. También existen fuertes adeudos de los beneficiarios de programas de vivienda de estas instituciones, por el retraso en sus pagos.

Así, existe un creciente problema de caja que ha significado entre otras cosas que las reservas hayan menguado, pese a haberse procurado colocarlas de la manera más rentable y de existir los cuerpos de control para ello. Son entonces, dentro de este sistema de reparto, los cotizantes los que cada vez sostienen en mayor proporción a los pensionados —"el financiamiento sobre la marcha"— en un escenario de un mayor aumento de los segundos frente a los primeros, que conducirá necesariamente al desfinanciamiento. El aumento considerado de contribuciones postergaría esta situación. ^{44/}

En el otro extremo de la sociedad se encuentra un elevado porcentaje de la población que no goza ni siquiera de la cobertura asistencial del Ministerio de Salud, y más de un 90% sin ninguna

^{43/} Véase nuevamente, *La seguridad social en Centroamérica 1993*, *op. cit.*, pág. 30.

^{44/} Para mayor detalle, véase, Carmelo Mesa-Lago, Ricardo Córdova Macías y Carlos Mauricio López, *El Salvador: diagnóstico y propuesta de reforma de la seguridad social*, Centro Internacional para el Desarrollo Económico, Friedrich Ebert Stiftung y FUNDA UNGO, San Salvador, El Salvador, diciembre de 1994.

forma de previsión. Las instancias gubernamentales para el bienestar social y la asistencia pública —entre ellas la lotería— resultan insuficientes, así como todavía lo es, ante las enormes necesidades, la estrategia de combate a la pobreza puesta en marcha por el gobierno, dentro de su programa de desarrollo social, y la ayuda focalizada del Fondo de Inversión Social de El Salvador, creado para compensar los efectos sociales de la crisis y del ajuste estructural, con respaldo financiero internacional y creciente participación ciudadana. En particular, aporta algún alivio a ciertos sectores en extrema pobreza la distribución de alimentos entre la población, mediante distintos programas vigentes. 45/ El Comité Social, conformado por los ministros del área social, define la política social y de combate a la pobreza, y el Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social efectúa el seguimiento y la evaluación de estas acciones. 46/

Entre las acciones espontáneas de la población para superar la pobreza, sobresalen la emigración masiva y el envío de remesas que constituyen el principal renglón de ingreso de divisas del país, y una fuente sustancial de elevación del consumo básico de las familias receptoras que, por lo mismo, han dejado de formar parte de los grupos más vulnerables. Con todo, poca es la porción que de estos recursos extraordinarios se orienta al ahorro y a la previsión, por la dificultad que estas familias encuentran en sacrificar su consumo actual en aras de disponer de uno futuro. 47/

b) Guatemala

Como en otros países, la creación del sistema de seguridad social no se vio alentada por parte del sector empresarial. Si bien el más antiguo esquema de pensiones —el actual Régimen de Clases Pasivas del Estado— data de 1923, no fue sino en 1946, bajo un gobierno de mayor vocación social, cuando se creó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que empezó a funcionar en el año siguiente, al cubrir incipientemente el área médico-hospitalaria y también la de accidentes de trabajo. Los antecedentes legales de estos avances provenían, sin embargo, de principios de siglo, con la Ley Protectora de Obreros, de 1906, y, posteriormente, de los años veinte, con la Ley de Jubilaciones, Pensiones y Montepíos y la Ley del Trabajo. En materia asistencial, en 1951 se fundó la Asociación de Comedores y Guarderías Infantiles; en 1956 el Consejo de Bienestar Social de Guatemala, y en 1957 la Asociación de Bienestar Infantil, que en 1963 se convirtió en la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República.

La iniciación del programa de invalidez, vejez y muerte del IGSS es mucho más tardía, en 1971, a nivel experimental para sus propios empleados, y posteriormente, en 1977, de una manera más generalizada. Entonces ya funcionaban otros esquemas, en particular el Instituto de Previsión Militar (1966), la Asociación de Auxilio Póstumo del Magisterio Nacional (1967), se había ampliado

45/ Véase, CEPAL, *El Salvador: El estado de la pobreza y lineamientos de política para afrontarla* (LC/MEX/R.269), diciembre de 1990.

46/ Véase, CEPAL, *Actividades de los gobiernos de América Latina y el Caribe para la superación de la pobreza: respuesta del gobierno de El Salvador* (LC/L.713(Conf.82/5)Add.7), Tercera Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe, octubre de 1992.

47/ Véase, CEPAL, *Remesa y economía familiar en El Salvador, Guatemala y Nicaragua*, (LC/MEX/R.294 (SEM.43/2)), mayo de 1991.

el mencionado Régimen de Clases Pasivas del Estado (1970) y se creó posteriormente la Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública (1975), así como los fondos de pensiones de las empresas mejor organizadas. 48/

En total, se estima que bajo distintos regímenes de previsión vigentes en Guatemala, en 1991 se encontraba protegida contra riesgos en la percepción de sus ingresos regulares, el 39% de la población económicamente activa; o bien, considerando a sus dependientes, alrededor del 23% de la población total. La acción de las instituciones públicas de previsión se complementa con la de organizaciones sin fines de lucro —grupos colegiados, mutualistas— así como por una entidad aseguradora estatal y trece empresas aseguradoras privadas.

Mediante el programa de enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo, el IGSS, que es la entidad protagónica, atiende a alrededor del 17% de la población (30% de la PEA). Esta cifra puede estar abultada por duplicidades de los trabajadores con más de un empleo. Complementa así la acción del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que, aunque se responsabiliza de la salud de toda la población, sólo abarca a un 25%. Se estima que a la medicina privada acude la población de más elevados ingresos (15%), y alrededor del 45% —en su mayoría de población campesina e indígena— no recibe ningún tipo de asistencia y practica la medicina tradicional. El IGSS cuenta con 39 hospitales (el 30% de las instalaciones del país) y 48 ambulatorios. Los servicios médicos se concentran fuertemente en la capital; entre ellos, por ejemplo, el 83% de los médicos del IGSS. Es importante tener presente que Guatemala y El Salvador se caracterizan por tener una bajísima carga fiscal y, consecuentemente, sus gastos sociales son de los más reducidos del hemisferio occidental. 49/

Este programa se financia con el aporte del trabajador del 2% de su ingreso por enfermedad y maternidad y 1% por accidentes de trabajo; 4 y 3% por parte del empleador, respectivamente, y 3% de la nómina, por parte del gobierno. Cubre a la fuerza laboral de empresas —fundamentalmente de industria y de servicios— de más de cinco empleados (o más de 3, si están instaladas en la capital), a los empleados públicos de diez departamentos y trabajadores de cooperativas agrícolas. Las prestaciones médico-hospitalarias son las comunes, y las monetarias ascienden a dos tercios de los ingresos, hasta por 39 semanas, tanto por enfermedad como por accidente, haya éste ocurrido en el trabajo o no. En caso de maternidad asciende al 100%, 30 días antes y 45 días después del parto. El recién nacido recibe una canastilla, leche y otros alimentos, además de cuidados pediátricos durante dos años en la capital, cinco en los departamentos restantes y 15 en caso de enfermedad congénita. La muerte accidental del asegurado determina que cada uno de los beneficiarios reciba una pensión del orden de los 10 dólares mensuales, además de ayuda de sepelio de alrededor de 50 dólares.

48/ Véase, Jorge González del Valle, *Estado actual, problemas financieros y perspectivas de los fondos de previsión social en Guatemala*, en Andras Uthoff y Raquel Szalachman, eds., *Sistema de pensiones en América Latina, diagnóstico y alternativas de reforma*, Vol. 2, CEPAL-PNUD, Proyecto Regional Políticas Financieras para el Desarrollo, Santiago de Chile, 1992, págs. 171-204.

49/ Véase, CEPAL, *Salud, equidad y capital humano...*, *op. cit.*, págs. 33-37.

Dentro de un esquema de reparto, de prima escalonada, el programa de invalidez, 50/ vejez y muerte del IGSS se financia con un aporte del trabajador del 1.5% de su sueldo, del 3% de la nómina del empleador, y el Estado, además de cotizar como empleador cuando lo es, contribuye con el 25% del costo de las prestaciones pagadas, por lo que la cobertura de este riesgo depende enormemente del aporte gubernamental oportuno. Se fijó un tope de ingreso de alrededor de 150 dólares para fines de cotización, y se estipula la afiliación voluntaria, con un 4.5% de los ingresos. Igualmente, se prevé la posibilidad de que el afiliado complemente sus prestaciones con otros esquemas, más generosos. Esto último resulta particularmente pertinente a raíz de las enormes dificultades financieras por las que ha atravesado el IGSS como resultado de la fuerte mora del gobierno y también de los empleadores. 51/ Como se observa a continuación, el monto de las pensiones se ha erosionado fuertemente, al grado de no alcanzar ni siquiera el costo de la canasta básica.

Pueden jubilarse los afiliados a los 60 años —indistintamente hombres y mujeres— con 180 meses de aportes, quienes reciben el 50% de sus sueldos más el 0.5% por cada seis meses de cotización por encima de los 120, más suplementos por dependientes. Las pensiones oscilan entre 15 y 200 dólares mensuales. Las pensiones por invalidez son equivalentes, y las pensiones por sobrevivencia varían en función de la viuda (mínimo 10 dólares), hijos menores de 18 años y padres dependientes (5 dólares por cada uno), en total no más del 100% de la pensión del asegurado (la mínima no puede exceder del equivalente de 25 dólares). Además, existe una ayuda de sepelio por una cantidad similar. 52/

Los otros dos regímenes importantes de pensiones en Guatemala son el de Clases Pasivas Civiles y el Instituto de Previsión Militar. El primero está administrado por la Oficina Nacional de Registro Civil, dependiente de la Presidencia de la República y cubre a poco más del 4% de la PEA (1.2% de la población). El segundo tiene una filiación estimada en 11,000 activos y cerca de 1,200 pensionados. En ambos casos, las pensiones pueden llegar a ser, en función de la antigüedad, de hasta 100% del sueldo, lo que no ocurre en el IGSS, además de una serie de prestaciones de otro tipo. No obstante, la pensión máxima en el régimen de Clases Pasivas Civiles no puede exceder los 1,500 quetzales (menos de 300 dólares).

En el otro extremo, la elevada proporción de personas desatendidas en el campo de la salud (poco menos de la mitad) y todavía más en el campo previsional, demanda una acción decidida para ofrecer a la totalidad de la población una red mínima de servicios sociales básicos, en el marco de una estrategia general de combate a la pobreza, que no se ha logrado articular en Guatemala hasta cierto punto por problemas de continuidad política. Si bien en los planes de desarrollo social se considera, entre otros objetivos, la ayuda alimentaria y una política de salud que supere los grandes

50/ Las prestaciones de corto plazo —enfermedad, maternidad y riesgos profesionales— se basan, en cambio, en un esquema de reparto simple.

51/ Entre 1988 y 1991, por ejemplo, la mora del Estado como patrón y contribuyente ascendía a 723 millones de quetzales, y la de los patrones a 172 millones.

52/ Véase, *La seguridad social en Centroamérica 1993*, *op. cit.*, págs 35-35.

rezagos, los resultados son limitados. Igualmente ha ocurrido con la muchas veces pospuesta entrada en funcionamiento del Fondo de Inversión Social (FIS). 53/

c) Honduras

El sistema de seguridad social en Honduras se encuentra integrado tal vez por un mayor número de instituciones que en otros países. El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) es la entidad central, y su creación, en 1959, fue de las últimas en la región latinoamericana y caribeña. De hecho, su primer programa, de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales, empezó a operar en 1962, y diez años después, el de invalidez, vejez y muerte. En 1992 la población asegurada en el programa de enfermedad y maternidad se acercaba al millón de derechohabientes, o sea alrededor del 18% de la total del país. De ellos, 26% eran cotizantes, 61% beneficiarios y el resto lo constituían patrones, afiliados voluntarios y los propios empleados del IHSS. Su cobertura también es fundamentalmente urbana, como en otros países, concentrándose en las dos principales ciudades: Tegucigalpa (55%) y San Pedro Sula (35%). 54/

En cuanto al primer programa, el IHSS cubre las necesidades médicas y hospitalarias de los trabajadores y dependientes de la industria y el comercio, así como de los empleados públicos y de otros regímenes de pensiones que se administran de manera autónoma. Complementa así la acción pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de cuya infraestructura hospitalaria se sirve parcialmente, así como de algunas de las pocas e insuficientemente desarrolladas instalaciones privadas que, como en otros países, atienden a estratos de mayor poder adquisitivo. Otras entidades del sistema de seguridad social que prestan sus propios servicios curativos son el Instituto de Previsión Social del Periodista y el Plan de Asistencia Social del Banco Central.

El régimen de enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo, se financia con el aporte de los afiliados del 2.5% de sus ingresos, 5% de los patrones y 2.5% por parte del gobierno. El gobierno cuando es patrón aporta el 5%. Los servicios médicos y hospitalarios, y de maternidad, para los afiliados, sus esposas o compañeras e hijos menores de cinco años —o diez años en las nuevas áreas de extensión de cobertura—, no tienen límite de tiempo, salvo en caso de maternidad, en que el cuidado posnatal abarca 45 días. Los beneficios en efectivo, tanto por enfermedad como por accidentes de trabajo, ascienden al 66% del salario. Las pensiones a los sobrevivientes del accidentado representan 40% del salario para la viuda, porcentaje que puede ascender a 100 en función de los hijos menores de 14 años (18 si son estudiantes) y de los padres dependientes. 55/

En cambio, en el régimen de invalidez, vejez y muerte, la cobertura del IHSS es mucho más reducida. A fines de 1990 se la estimaba en poco más del 8% de la población total, o bien el 20% de la PEA, con un índice de concentración geográfica y ocupacional similar al señalado. Otros

53/ Véase, CEPAL, *Actividades de los gobiernos de América Latina y el Caribe para la superación de la pobreza: respuesta de Guatemala* (LC/L.713(Conf.82/5)Add.8), Tercera Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe, octubre de 1992.

54/ Véase, IHSS, *Estadísticas*, Departamento Estadístico y Actuarial.

55/ Véase nuevamente, *La seguridad social en Centroamérica 1993*, *op. cit.*, págs 39-41.

sectores sociales se han organizado para crear sus propios fondos de pensiones, entre los que figuran los siguientes: el Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP), creado en 1971; el Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA), también de 1971; el Instituto de Previsión Militar (IPM), reformado en 1980; el mencionado Plan de Asistencia Social del Banco Central de Honduras (PAS), que fue el primero del país, pues data de 1950; el Instituto de Previsión Social de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (INPREUNAH), de 1989; el Instituto de Previsión Social del Periodista, que también se mencionó anteriormente, y otros fondos mutualistas creados por asociaciones gremiales, como el del Colegio de Médicos. Son excluyentes entre sí y cada uno de ellos cuenta con sus propios reglamentos y prestaciones, que llegan a variar considerablemente. Entre todos ellos cubren a lo sumo a un 6% de la población. Así, en total en el país no más del 14% de la población se encuentra protegido por un sistema de pensiones. ^{56/}

El régimen de IVM del IHSS protege también a los asalariados de la industria y del comercio, pero excluye a los agrícolas (salvo los de empresas mayores) y a los empleados domésticos. El trabajador aporta el 1% de su salario, con un mínimo establecido de 15 dólares aproximadamente al mes y un máximo, que está revisándose, de 100 dólares, o de 300 en las nuevas zonas; el empleador, el 2%, y el gobierno el 1%. Estos porcentajes, por ejemplo, son mucho más altos en regímenes como el del INJUPEMP o en el IMPREMA (7% el trabajador y entre 9 y 11% el Estado) o del IPM (9% el afiliado y 18% el Estado).

Las jubilaciones del IHSS al cumplir el varón 65 años y la mujer 60, además de otros requisitos, ascienden al 40% de su salario, más 1% por año cotizado, y con premios por el trabajo después de la edad reglamentaria, hasta un máximo del 80% del salario. En caso de invalidez, el máximo también puede llegar al 80% del salario, y en el de las pensiones a sobrevivientes, de 40%, pasaría hasta el 100% en función del número de hijos menores de 14 años y de la existencia de padres ancianos dependientes. Se fija una ayuda de sepelio por un mínimo de 20 dólares. En otros regímenes las prestaciones son necesariamente más generosas pues, por ejemplo, establecen máximos de 90 o del 100% del sueldo, en función del número de años trabajados, además de facilidades de retiro anticipado en algunos casos.

En general, además del bajo gasto público en seguridad social, en Honduras se advierten problemas similares a los de otros países del área, entre ellos, grandes problemas administrativos, sobre todo en mandos medios, y una fuerte mora gubernamental, y en menor medida patronal, que ha afectado las finanzas del IHSS. Por su parte, los otros sistemas de pensiones que tienen acceso a los servicios curativos de IHSS los han sobrecargado considerablemente, a la vez que el déficit del programa IVM del propio IHSS ha succionado recursos destinados a los programas médico-hospitalarios, contribuyendo a su mayor deterioro. El sistema de reparto, con primas escalonadas, que sigue el Instituto en materia de pensiones está conduciendo a una situación deficitaria, que se refleja en el agotamiento de sus reservas y en el deterioro de sus prestaciones, lo cual ha determinado que sectores de la sociedad hondureña propusieran alternativas de reforma, sobre la base de fondos

^{56/} Véase, para más detalles sobre el funcionamiento de todos ellos, Ana Cristina Mejía de Pereira, "Los sistemas de pensiones en Honduras" en Andras Uthoff y Raquel Szalachman, *Sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe...*, *op. cit.*, págs 107-141.

privados de capitalización individual. En cambio, las reservas de otros regímenes, más sanas, se han manejado de manera discrecional en beneficio de las distintas esferas de poder, por la importancia que revisten esos fondos para bancos y empresas que las reciben en préstamo. En particular, aquéllas del IPM, las más sólidas, a menudo se han colocado en beneficio de las propias empresas e inversiones del sector militar.

Los amplios sectores desprotegidos de la sociedad hondureña se encuentran sólo parcialmente atendidos por las distintas entidades, cuyo fin no es el de la previsión a futuro, sino el de defender un nivel de consumo indispensable en el presente. Entre ellas destaca el Programa de Asignaciones Familiares (PRAF), que suministra el bono alimentario a familias con niños de hasta dos años, el bono a la maternidad, el programa de ayuda de útiles escolares y el de capacitación a mujeres y de atención a la tercera edad. En total, el número de beneficiarios del PRAF rebasa el medio millón. Por su parte, el Fondo Hondureño de Inversión, creado en 1990, fue ideado como un fondo compensatorio con componente importante, dentro de sus variados programas, de generación de empleo mediante microempresas. Ambos se benefician de la cooperación internacional de agencias bilaterales y multilaterales, que contribuyen fuertemente, entre otras cosas, en la ayuda alimentaria. Una gran variedad de ONG —u organizaciones privadas de desarrollo, como se denominan en Honduras— despliegan sus actividades en aliviar la miseria de este país. Pese a todas estas acciones, no parece atenuarse la pobreza en Honduras, por la crisis económica y social que afronta en el presente. ^{57/}

d) Nicaragua

En Nicaragua, la creación del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) también fue tardía, en 1955, aunque en realidad empezó a operar en 1957. Se orientó exclusivamente a la protección del sector formal del país, por lo que llegó a cubrir sólo al 10% de la población, sobre todo en áreas urbanas y suburbanas. En 1979 su organización y estructura fueron modificadas de forma sustancial, ya que se traspasó al Ministerio de Salud (MINSA) la responsabilidad de brindar la asistencia médica a la población asegurada y, con ella, se le transfirió la posesión de su infraestructura sanitaria y hospitalaria.

En sentido opuesto, en 1982 el INSS recibió las funciones de bienestar social del ministerio respectivo, con lo que, además de estar obligado a administrar el sistema de previsión de la población afiliada, desarrolla los programas asistenciales, en beneficio de los sectores sociales desprotegidos. Desde entonces cambió su denominación por la de Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI). A partir de enero 1995 volvió a su denominación inicial (INSS), pues las acciones de bienestar social, así como la administración de la Lotería Nacional —de importantes recursos— las asumió el recién creado Fondo Nicaragüense para la Niñez y la Familia (FONIF).

^{57/} Véase, entre otros, CEPAL, Honduras: *El estado de la pobreza y lineamientos de política para afrontarla* (LC/MEX/R.250), octubre de 1990.

En la actualidad, por la excepcional crisis económica de este país, y por los enormes problemas que pesan sobre esta institución, la población cubierta ha disminuido drásticamente: los afiliados llegaban a 215,000 en 1992 —sólo la cuarta parte de la población potencial— lo que significa que sólo el 5.5% de la población del país recibía sus beneficios. La mora —del gobierno, de los empleadores y la evasión de los afiliados— representaba el 40% de las cotizaciones corrientes, y ha incidido en la baja de las pensiones, en condiciones en que se elevó enormemente el número de afiliados con derecho a ellas.

Mediante el Sistema Nacional de Salud, todos los residentes del país tienen derecho a recibir un mínimo de atención médica. Las reformas recientes, de octubre de 1993, persiguen fortalecerlo, en un contexto de descentralización en el que cobran particular importancia, sobre todo para la población rural, los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS). 58/

A fines de 1993, el ahora INSS introdujo un nuevo modelo de Salud Previsional para retomar el papel de prestador de salud de los asegurados, mediante las llamadas Empresas Médicas Previsionales (EMP), sujetas a su supervisión. Con este nuevo modelo, el INSS realiza contratos con clínicas y hospitales, públicos y privados, que llenan un mínimo de requisitos, donde éstos se comprometen a brindar salud a los asegurados a cambio de una cuota previamente calculada.

El afiliado puede elegir con libertad las EMP para atenderse. El programa ampara al asegurado, su cónyuge en atención materna y sus hijos menores de dos años. Las prestaciones comprenden atención hospitalaria, medicamentos, exámenes de laboratorio y otros, además de prestaciones económicas. Este sistema se financia con las cotizaciones de los trabajadores y empresarios para el régimen de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales.

Las prestaciones monetarias por enfermedad y maternidad las administra el INSS. En el primer caso, la cobertura se extiende hasta 52 semanas y en el segundo 4 semanas antes y 8 después del parto. Este programa se financia con el 2.25% de aportes de los afiliados, el 6% de la nómina de los empleadores y el 0.25% de aporte del gobierno (además de sus contribuciones como patrón, en su caso). El gobierno financia el servicio médico gratuito del Sistema Nacional de Salud.

El régimen de riesgos profesionales se financia enteramente por los empleadores, con el 1.5% de la nómina, y cubre por regla general el 60% de los ingresos. Las pensiones al cónyuge sobreviviente son del 50% de la pensión del asegurado, y puede llegar a ser de 100% en función de los huérfanos y demás dependientes.

En el régimen de vejez, invalidez y muerte, enteramente a cargo del INSS, el trabajador contribuye con el 1.75% de su salario, el empleador con el 3.5% de la nómina, y el gobierno con el 0.25% adicional. La edad de jubilación es de 60 años, tanto para hombres como para mujeres, con la excepción de los mineros, maestros e incapacitados físicos o mentales. La pensión asciende al 40% de los ingresos (45% si fueran éstos de hasta dos salarios mínimos), hasta llegar a 80%. En caso de invalidez se paga el 50% de la pensión. La pensión de sobrevivencia puede llegar al 100% de la pensión del asegurado, además de ayuda para sepelio hasta por la mitad del ingreso mensual.

58/ Véase, *Salud, equidad y capital humano en el Istmo Centroamericano*, *op. cit.*, págs. 41-46.

En la actualidad este régimen comparte un problema de déficit con los de otros institutos de la región, que ha implicado el agotamiento de las reservas debido casi a las mismas razones expuestas anteriormente, incluido el fuerte adeudo gubernamental.

El régimen integral, que incluye todos los anteriores, es obligatorio para el sector formal de la economía, entraña un financiamiento del 17% del sueldo del afiliado: 12.5% a cargo del empleador, 4% del trabajador, y 0.5% del Estado. El régimen IVM-RP, de invalidez, vejez y muerte y riesgos profesionales, es obligatorio en zonas geográficas donde es imposible cubrir el régimen de enfermedad-maternidad. Su cotización es de 8.75% (2% corresponde al trabajador, 6.5% al empleador y 0.25% al Estado). En fin, el régimen facultativo está diseñado para trabajadores independientes que se afilien voluntariamente y su cotización varía entre el 5.5 y el 14% de sus ingresos, dependiendo de si opta por el régimen de enfermedad-maternidad, además del IVM.

En la actualidad, como se mencionó, importantes reformas se están introduciendo al papel institucional del ahora INSS, como administrador y supervisor, en el contexto de un importante programa de descentralización con amplia participación privada en el campo de la salud, y que estudia reformas al actual sistema de reparto, además de la complementación con un régimen de capitalización individual.

Las propias dificultades financieras del antes INSSBI le mermaron capacidad para cumplir plenamente con sus enormes responsabilidades de procurar un mínimo de bienestar para los mayoritarios grupos de no afiliados. Dentro del Programa de Reconciliación Nacional y Rehabilitación Social, se incluyó la creación de fondos compensatorios cuyo destino se ha orientado a la generación de empleos temporales; ellos son el Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE) y el Fondo de Apoyo a los Sectores Oprimidos (FASO), enfocado éste a mujeres y minusválidos. En general existen propósitos de incrementar la ayuda alimentaria, entre otras acciones para elevar el nivel de consumo, pero son de difícil concreción. ^{59/} Asimismo, las acciones prioritarias de la Red de Seguridad Social de Nicaragua se encaminan a la creación de empleo, si bien temporal. Esto se efectúa mediante distintos programas de desarrollo regional y comunitario, con mayor énfasis en las Zonas I, V y VI, que fueron las más afectadas por la guerra, tanto en su infraestructura física como en su capital humano.

^{59/} Véase, CEPAL, *Actividades de los gobiernos de América Latina y el Caribe para la superación de la pobreza: Respuesta del Gobierno de Nicaragua* (LC/L.713(Conf.82/5)Add.9), Tercera Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe, octubre de 1992.

V. OPCIONES DE REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL ISTMO CENTROAMERICANO

Los requerimientos y posibilidades de reforma de los sistemas de seguridad social del Istmo Centroamericano varían sustancialmente de un país a otro, a la vez que también están sujetos a adquirir distintas modalidades con arreglo a las necesidades específicas de los distintos sectores de la población.

En primer lugar, debe evaluarse la posibilidad de proveer a la totalidad de la población —en su mayoría pobre en cinco de los seis países— un paquete social básico. Este objetivo rebasa ampliamente la esfera de actividad de los institutos de seguro social —y de sus reformas—, dado que su logro requiere la intervención de otras instituciones públicas y privadas de bienestar social, además de una serie de políticas gubernamentales en este campo.

Si se conviene que la dotación universal de salud constituye el componente principal o mayoritario de ese paquete social básico, y que los institutos de seguro social pueden llegar a tener una participación sustancial en ello, resultan particularmente relevantes sus reformas para los grupos mayoritarios de la población, aun cuando estén dirigidas a mejorar las condiciones de estratos minoritarios, que potencialmente se procuraría ampliar en el futuro. ^{60/}

Con esta separación de ambos campos se pretende dar respuesta a necesidades de segmentos disímiles de la población, con diferente peso social y político. La reforma de los sistemas de salud y de pensiones de la población protegida, en efecto, se circunscribe más que a universalizar la cobertura a mejorar las prestaciones de esa población, que está constituida por estratos con mayor representatividad política. Así, la inminente necesidad de introducir reformas profundas en el funcionamiento de los institutos de seguro social se ha debatido con amplitud, inclusive más allá de los cuerpos legislativos.

Por una parte, se reconoce la necesidad de contar con sistemas de seguro social eficientes y que ofrezcan a los afiliados beneficios equivalentes a sus contribuciones. Agentes privados del sector financiero y de seguros suelen apoyar estas reformas, por esperarse de ello un marcado desarrollo de sus sectores.

Sin embargo, por la otra, la seguridad social —inspirada en el modelo "bismarckiano", como se ha señalado— suele verse más que en sus inicios como una "carga" que eleva directa o indirectamente el costo de los productos finales, dentro de la preocupación generalizada en la actualidad sobre el abatimiento de costos necesario a la estrategia de inserción altamente competitiva en los mercados de exportación.

^{60/} Destaca en este contexto la universalidad de los servicios médicos y hospitalarios de la CCSS, en Costa Rica y, fuera de la región, en México, del Programa IMSS-Solidaridad, que significó la ampliación de la cobertura de salud a sectores campesinos antes marginados.

1. Las reformas en la atención de salud ^{61/}

Ofrecer un mínimo aceptable de atención de salud de la población del Istmo Centroamericano, en un marco de equidad en el derecho a la vida, es un objetivo fundamental de cualquier estrategia para combatir la pobreza que obliga no sólo a ampliar sustancialmente el volumen de servicios prestados y el financiamiento consecuente, sino a llevar a cabo importantes transformaciones en los sistemas respectivos, de los que forman una parte, a veces protagonista, los institutos de seguro social.

En las reformas a los sistemas de salud el Estado debe desempeñar un papel central, no sólo en la ejecución de un gasto público en este sector acorde con las necesidades, sino también por la función orientadora, coordinadora, reguladora y descentralizadora que puede cumplir mediante sus políticas. Con ese objeto, institucionalmente, suele contar con los ministerios de salud y los institutos nacionales de seguro social, que cubren la mayor parte de las necesidades de salud, pero que en varios países generan duplicaciones relevantes o confusión de funciones que se reflejan en la disminución del nivel de los resultados. Es importante que los institutos de seguro social participen activamente en el establecimiento de la política nacional de salud y que reconozcan en el Ministerio de Salud la rectoría del sector.

Asimismo, es necesaria la participación activa y eficiente del sector privado —que a menudo se ha enfocado a cubrir las necesidades de los grupos de mayores ingresos—, de las organizaciones no gubernamentales, de las comunidades, así como del mismo núcleo familiar, dado que, en última instancia, la salud es responsabilidad primordial del individuo y de la familia.

En consecuencia, un primer requisito para que el sector salud cumpla con sus objetivos es orientar hacia él una porción creciente no sólo del gasto público, con el que se debería financiar el paquete básico, sino también inducir el incremento de la inversión privada, una participación más significativa de las ONG, y encontrar un mayor respaldo de la cooperación externa, tan valiosa para los países de esta región.

Más allá de la recuperación de las caídas en el gasto sufridas en la década pasada, se requiere disponer de una proporción de su PIB recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es del 5%. Esta cifra la alcanza Panamá y la rebasa largamente Costa Rica. En cambio, el gasto público en salud en Guatemala, El Salvador y Honduras oscila sólo entre 1 y 2% del PIB. Para Nicaragua no se dispone de información. Un esfuerzo suplementario en materia de gasto público sería viable si se elevara la bajísima carga tributaria en algunos de ellos (El Salvador y Guatemala, notablemente), si se corrigiera la cuantiosa evasión fiscal y, al pacificarse la zona, si se destinaran a los sectores sociales los gastos militares que ahora quedarían liberados. Debe tenerse presente que las posibilidades de alcanzar esta meta también dependen de la recuperación de las

^{61/} Por su validez y oportunidad, en este acápite se recogen las ideas vertidas en el capítulo "Elementos para un replanteamiento de las políticas de salud" del documento de la Sede Subregional de la CEPAL en México, *Salud, equidad y capital humano en el Istmo Centroamericano*, op. cit., págs. 51-61.

pautas de crecimiento económico, para lo cual se abren ahora ciertas perspectivas en la mayoría de los países del Istmo. ^{62/}

En el contexto perseguido de mejoría de los niveles de consumo de la población cobran prioridad las políticas específicas para la elevación del ingreso de los hogares pobres, como requisito para acceder a niveles aceptables de salud. Igualmente, una educación adecuada, sobre todo de las mujeres, por su papel en el hogar, es un complemento indispensable.

Conviene dar énfasis al tratamiento de problemas de salud de gran alcance para los que se puedan desarrollar mecanismos de intervención eficaces y de bajo costo, como los relativos a las enfermedades evitables con vacunas, la mortalidad materna, la tuberculosis y las deficiencias nutricionales. La acción del Estado es central en la determinación de las prioridades de la política y la legislación en materia de salud, así como en la ambiental y ocupacional, que adquieren cada vez mayor relevancia.

En particular, la atención básica en salud a la población indigente debe procurarse mediante programas públicos focalizados, de carácter asistencial, y, a la vez, llevar a cabo reformas en las instituciones para lograr la universalización de la cobertura frente a los mayores riesgos.

Esta universalización es el elemento decisivo de la equidad que se persigue. Implica la reorientación del gasto a favor de los sectores pobres —que reciben servicios insuficientes y de baja calidad—, en vez de los prestados gratuitamente o por debajo del costo a los sectores de ingresos medios y altos —o a estamentos privilegiados—, mediante subsidios desproporcionados.

Así, una aspiración sería la creación de un seguro de salud con cobertura universal, con financiamiento a cargo de recursos generales, y no contributivos, en el marco de un esquema de solidaridad a nivel nacional. La reforma de los sistemas nacionales de salud debe permitir asegurar a toda la población un paquete básico de servicios socialmente aceptable y financieramente solventable, que se adapte a la capacidad técnica y económica del país y al perfil cambiante de necesidades de la población. Cuanto más amplio y completo sea el paquete de servicios de salud, mayor será la equidad que se brinde a los distintos estratos de la población en su derecho a la vida y mayor será también la solidaridad social ejercida mediante el papel redistributivo del Estado.

El financiamiento de un seguro de este tipo puede derivarse en parte de los subsidios estatales que favorecen actualmente a los estratos medios y altos de la población, quienes podrían acceder, de forma complementaria al seguro básico, a servicios privados de salud. En la actualidad, esta práctica se extiende cada vez más entre estratos de la población con un cierto poder adquisitivo que, defraudados con la calidad de los servicios de salud prestados por la seguridad social, prescinden de ellos. Asimismo, pueden derivarse recursos de los ahorros que resulten de combatir la sobreprestación de atenciones y de servicios y la subutilización de instalaciones —otra área importante de reforma—, así como de la introducción de fármacos y equipo médico de alta tecnología y elevado costo y de baja utilización.

^{62/} Véase, CEPAL, *Centroamérica: El camino de los noventa* (LC/MEX/R.386 (SEM.53/2)), enero de 1993.

En particular, la mayor participación privada puede incrementarse como respuesta a los seguros complementarios —por encima del paquete básico de salud ofrecido por el Estado— que los estratos de mayores ingresos pueden contratar en un nuevo esquema, ampliamente propuesto dentro y fuera del área, de recibir beneficios acordes con las primas pagadas. La libre elección de prestadores de servicios médicos, por medio de distintas modalidades, forma parte de este esquema.

En el caso particular del vasto sector informal y de otros grupos de ingresos exigüos, la extensión de la cobertura de seguridad social debe considerarse sobre la base de una tasa adecuada de cotizaciones y, en contraparte, de una prestación de servicios suficiente, de forma tal que torne atractiva la filiación voluntaria. Diversos mecanismos de instrumentación pueden estudiarse, tanto en los institutos de seguro social como mediante formas asociativas y cooperativas de trabajadores informales, posiblemente con el apoyo de la ayuda internacional. 63/

Una transformación de los sistemas de salud en este sentido requiere del fortalecimiento de la capacidad reguladora y orientadora del Estado. También exige la integración o coordinación funcional de los servicios de salud no sólo a nivel central —entre los ministerios de salud y los institutos de seguro social, particularmente difícil en algunos países— sino también para configurar sistemas locales autónomos, regidos por corporaciones comunitarias efectivas y con conocimiento, y en los que participen servicios públicos y privados, que sean financiados por el Estado y los distintos regímenes de solidaridad públicos y privados. Para incrementar la eficiencia deben comprometerse racionalmente los recursos económicos, tecnológicos y administrativos.

Obliga también al mejoramiento del enfoque de los programas de salud y de nutrición —un mínimo de alimentación debe asegurarse a la población—, sobre una base de eficiencia y equidad, y de acuerdo con criterios redistributivos por nivel de ingreso, por región, por grupos de edad y por problemas de salud. Sobre este aspecto, se requeriría definir las vías institucionales de garantizar esta seguridad alimentaria, pues no ha sido función de los institutos de seguro social, aunque sí uno de los elementos básicos de la seguridad social en su sentido amplio.

En fin, cualquier transformación de los sistemas de salud reclama una mayor eficiencia, para racionalizar los costos mediante el establecimiento de normas e incentivos para regular la oferta y la demanda de servicios, y sobre todo para mejorar su administración, que se ha caracterizado por enormes deficiencias causadas por el centralismo y el burocratismo. Al respecto existen propuestas interesantes de administración privada o de subcontratación de ciertos servicios, así como diversos mecanismos de control y auditoría sumamente útiles. 64/

En particular, valga remarcar la reducción de costos y la elevación de la eficiencia alcanzadas en Costa Rica gracias a los programas de colaboración entre la CCSS y el sector privado. Son cinco los programas que se han puesto en marcha: 1) el médico de empresa (la empresa contrata un médico

63/ Véase, Carmelo Mesa-Lago, *La seguridad social y el sector informal*, PREALC, Investigaciones sobre empleo N° 32, OIT, Santiago de Chile, 1990, pág. 139.

64/ Véase, Patricio V. Márquez y Tomás Engler, *Crisis y salud para la década de los noventa*, *Educación Médica y Salud*, Vol. 24, No. 1, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1990.

y la CCSS brinda apoyo de laboratorio y medicinas); 2) la medicina mixta (los asegurados acuden a un médico registrado de su elección, con el mismo apoyo de la CCSS); 3) la captación (la CCSS paga mensualmente a los médicos registrados según el número de pacientes atendidos); 4) los SILOS (administrados por cooperativas u organizaciones de autogestión), y 5) los contratos de la CCSS con las farmacias privadas para reducir costos y rezagos. 65/ Los mismos objetivos, como se ha visto, se persiguen en Nicaragua mediante las empresas médicas previsionales.

Ofrecer una asistencia sanitaria eficaz requiere voluntad política y vencer limitaciones financieras y resistencias por parte de las organizaciones médicas establecidas, de agrupaciones de profesionales y de sectores de la población privilegiados. Otro obstáculo estriba en la reticencia de las autoridades centrales a la autonomía local, que es un requisito indispensable para la participación comunitaria en un sistema médico de gestión moderna, y de aceptación colectiva, sobre todo en minorías culturales. 66/

Una transformación como ésta demanda invertir la situación actual en que pocos hospitales de nivel terciario, que prolongan escasos meses de vida a una minoría, absorben una parte sustancial de los presupuestos nacionales en salud. En lugar de eso, se podría dedicar mayores recursos a medidas preventivas orientadas a toda la colectividad. En este campo del desarrollo de los hospitales y de la medicina más sofisticada, el sector privado tiene un amplio campo por desarrollar, el cual puede verse sumamente estimulado con la introducción del esquema de seguro complementario.

Mecanismos novedosos de seguro médico privado —o público— dirigidos a los sectores de ingresos medios y altos de la sociedad pueden servir para cubrir los servicios médicos no incluidos en el seguro básico nacional y, a la vez, resultar asequibles a estos grupos y financieramente viables. Pueden establecerse distintos tipos de seguros médicos, en que esté relacionada la cuota o aportación con la variedad y sofisticación de servicios que brinda. En este terreno existen muchas posibilidades de utilizar las instalaciones terciarias de los institutos de seguridad social, de los ministerios de salud y también de los hospitales privados de una manera más racional y rentable, así como también la subcontratación de toda una serie de servicios en aras de una mayor eficiencia del conjunto. Deben combatirse, consecuentemente, prácticas que dan lugar al abuso de análisis clínicos y tratamientos costosos e innecesarios. Al respecto, existen fórmulas ya adoptadas por seguros médicos privados que evitan este tipo de abusos. 67/

Otras medidas ampliamente sugeridas en este ámbito son promover una mayor eficiencia, por ejemplo, con una mejor utilización de las camas de hospital, el empleo de medicamentos genéricos,

65/ Véase, Carmelo Mesa Lago, *La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina: importancia y evaluación de las alternativas de privatización*, CEPAL, Serie Reformas de Política Económica 28, Santiago de Chile, 1994.

66/ Véase, V. Djukanovik y E.P. Mach, *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo*, Estudio conjunto UNICEF/OMS, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1976.

67/ Tal es el caso de seguros médicos que operan en sus propias instalaciones, y que son las primeras en estar interesadas en incurrir en los menores costos y en poder al mismo tiempo dar de alta al paciente asegurado de la mejor manera y lo antes posible.

en vez de marca, la mencionada capacitación adecuada de los recursos humanos, así como neutralizar la escalada de costos que ocurre sobre todo en los países de ingreso medio con las nuevas tecnologías. A otro nivel, deben explorarse formas de medicina alternativa, como la tradicional, cuyo desarrollo habría de favorecerse en función de las soluciones de bajo costo que ofrece a los sectores de menores ingresos de la población y por el respeto que da a las tradiciones de las minorías culturales. 68/

Es deber privativo del Estado financiar un paquete de acciones de salud pública que suponen grandes externalidades, relativas a información y control de enfermedades infecciosas y de transmisión sexual —entre ellas el SIDA—, la contaminación ambiental, los riesgos ocupacionales y las conductas que significan una amenaza pública (como el tabaquismo o conducir en estado de ebriedad).

La reforma de los sistemas de salud exige mejorar la gestión pública de la salud mediante disposiciones como la descentralización administrativa y presupuestaria y la contratación externa de servicios. A nivel microeconómico, es deseable la promoción de la competencia para los servicios fuera del paquete básico, entre los prestadores de servicios y los proveedores de insumos, que deberían estar incluso expuestos a la competencia externa. La mayor capacitación de recursos humanos, así como la información y difusión de los avances científicos complementa estas medidas. 69/

En este campo, el papel regulatorio de las autoridades sanitarias requiere de enfoques novedosos en cuanto a normativas, acreditación de agentes prestadores de servicios y fiscalización de éstos, dada la complejidad mayor de la morfología y el comportamiento de los mercados de servicios médicos hospitalarios y de insumos farmacéuticos y de equipo médico, así como la dificultad del sector público para regularlos, sobre todo en la época actual de introducción de nuevas tecnologías y de explosión de costos.

2. Las prestaciones económicas de los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos de trabajo

La naturaleza de los seguros de enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo difiere enormemente de la cobertura de gastos médicos y hospitalarios expuesta anteriormente, que es de carácter universal, pues están exclusivamente orientados al trabajador para compensar la pérdida de sus ingresos por ausencia laboral por cualquiera de esos conceptos. Es frecuente que los accidentes de trabajo y riesgos profesionales sean considerados aparte; incluso, cabe recordar que en el caso de Costa Rica los administra una institución independiente.

La incidencia de los riesgos de enfermedad varía en función del desarrollo del sistema de salud y del perfil epidemiológico. También difiere, junto con los riesgos profesionales, según la

68/ Véase, al respecto, CEPAL, *Centroamérica: La producción de medicamentos fitoterapéuticos y de materias primas agrícolas para la industria farmacéutica* (LC/MEX/L.227), julio de 1993.

69/ Véase, de nuevo, Banco Mundial, *World development report 1993...*, op.cit.

rama de la actividad económica. Esta variación es la que hace que en el caso de estos últimos las primas sean diferenciales.

El financiamiento de los riesgos profesionales y accidentes de trabajo en ocasiones sólo se comparte entre empleadores y trabajadores, cuando, por su propia naturaleza, deberían ser los primeros, los únicos en sufragarlos. En cambio, el de enfermedad y maternidad es en todo caso tripartito —con aportes gubernamentales— por el hecho de no separarse la atención médico-hospitalaria de las prestaciones económicas. Si se separasen éstas, como se ha propuesto reiteradamente, los riesgos de pérdidas de ingreso por enfermedad o por ausencia por maternidad deberían quedar sólo a cargo de los dos primeros. La carga que esta prima significa en el costo de producción estará en función de las prestaciones que se planteen recibir, tanto en porcentaje de los sueldos como de su duración, y la decisión a que se llegue en forma conjunta entre trabajadores y empleadores se apoyará en los cálculos actuariales. En todo caso, la prima se reduciría enormemente al no cubrir los servicios médico-hospitalarios básicos en los que, en cambio, el aporte gubernamental sería de una elevada proporción. Una labor importante resta por hacerse para ampliar la cobertura de este seguro entre trabajadores independientes y del sector informal.

El apoyo gubernamental a las ausencias laborales por maternidad, que podría reflejarse en aportes tripartitos, se justificaría como objetivo de una política de población, frecuente en países industrializados, pero todavía resultaría innecesaria en el contexto centroamericano, caracterizado por su elevada tasa de fecundidad. La cobertura de la prima por maternidad por parte de la totalidad de la población trabajadora —y no sólo de la femenina— evitaría mayores sesgos discriminatorios en contra de la contratación de mujeres.

3. La reforma de los sistemas de pensiones

Existe un reconocimiento generalizado entre estudiosos del tema de que resulta imprescindible efectuar una separación entre los distintos seguros que prestan los institutos, en particular desde el punto de vista financiero, para evitar los deterioros de las prestaciones sufridos en el pasado.

En cuanto a los diversos sistemas de pensiones que coexisten en los países, también se reconoce que es deseable homogeneizarlos, en aras de una mayor equidad. En general, se reconocen tres principales opciones de reforma: a) las modificaciones a los actuales sistemas de reparto, b) su sustitución por un régimen de capitalización individual, o bien c) la instauración de un régimen mixto, en el que coexista un seguro mínimo universal, sobre la base de reparto, y seguros complementarios, de capitalización individual. Es evidente que el debate entre las posiciones de reforma es intenso, por presentar cada uno ventajas e inconvenientes.

a) Mejoras al sistema de reparto

El envejecimiento de la población centroamericana no es tan acentuado como en países industrializados, ya que por el continuo crecimiento de la PEA — pese a la mayor informalidad y desempleo—, sigue existiendo una relación satisfactoria entre contribuyentes y pensionados. Por ello, los sistemas de reparto todavía tienen posibilidades de funcionar satisfactoriamente en estos

países, desde luego que introduciendo importantes mejoras en su eficiencia y administración, evitando burocratismo y centralización. Incluso existen propuestas, cuyas ventajas e inconvenientes deben analizarse, en el sentido de confiar la administración de los sistemas de pensiones a instituciones privadas.

Estas posibilidades de los sistemas de reparto —basados en la solidaridad intergeneracional— en caso de funcionar de manera solvente aumentarían si se ofrecieran mecanismos atractivos a la afiliación para ampliar la cobertura, sobre todo entre los no asalariados, trabajadores por cuenta propia, en el sector formal o informal, o de jornada parcial.

La extensión del régimen de pensiones a la población vulnerable —como el régimen no contributivo de Costa Rica— demanda una reflexión profunda de las posibilidades financieras de cada país para solventar un mínimo (complementario a la dotación de salud y nutrición). Un seguro de este tipo tendría que financiarse con fondos gubernamentales, preferentemente con cargo a impuestos generales.

La principal causa del déficit financiero en el que incurrieron los institutos de seguro social en el Istmo Centroamericano fue la utilización, por parte de los gobiernos, de fondos previsionales para fines distintos, sociales o no. En consecuencia, un elemento central de cualquier propuesta sería la prohibición legal de esta práctica.

La corrección de la morosidad del gobierno y de los empleadores mediante mecanismos eficientes, resulta también indispensable. Así, deberían reforzarse los aspectos legales relativos, así como los correspondientes para hacer frente a la evasión por parte de los afiliados.

Sobre este último aspecto de las contribuciones de los afiliados, también se aconsejan cambios en los cálculos de cotización para determinar la pensión en función del aporte durante la vida laboral del afiliado —cuyos ingresos se tienden a subdeclarar—, y no sólo de las de los últimos años (que, por lo mismo, se procuran aumentar).

La postergación de la edad de retiro, con arreglo a la prolongación de la esperanza de vida en estos países, es otro de los elementos de una mejor situación financiera de los institutos de seguros. Esta práctica se ha efectuado ya —Costa Rica y Panamá—, pero todavía no se ha considerado suficientemente la igualación de las edades de retiro de los hombres y las mujeres; estas últimas suelen tener una edad de jubilación inferior en cinco años a la de los hombres y, en cambio, su esperanza de vida es marcadamente mayor.

En cualquiera de las modalidades del sistema de reparto que opere en cada país, adquiere gran importancia contar con mecanismos ágiles y transparentes de actualización actuarial.

La colocación de los activos financieros que se generen en instrumentos protegidos contra la inflación, es otra de las medidas para mantener una mejor salud financiera, aunque esta posibilidad depende en buena medida de la estabilidad macroeconómica. Esta estabilidad se revela aun más importante para el mantenimiento y el crecimiento del nivel de reservas en las que se sustenta el régimen de capitalización individual.

En particular, este tipo de reformas al régimen de reparto se encuentran en proceso en todos los países del Istmo, independientemente de que se intente o no, posteriormente, su sustitución por un régimen de capitalización individual.

b) La creación de un régimen de capitalización individual

En rigor, la estabilidad macroeconómica es una condición necesaria para el desarrollo del mercado de capitales que trae consigo esta modalidad de operación del régimen de pensiones. Y esta estabilidad puede encontrarse en la actualidad sólo excepcionalmente en las economías del Istmo Centroamericano. Igualmente, otra de las condiciones es un desarrollo, aunque sólo sea incipiente, del mercado de capitales, lo cual tampoco ocurre satisfactoriamente en la mayoría de los países.

Otro de los requisitos para llevar adelante la sustitución de un régimen de reparto por uno de capitalización individual es la voluntad política para asumir los costos de transición, que significa para el gobierno tomar a su cargo las pensiones del régimen anterior, o sea, la concesión de un subsidio temporal con la consecuente generación de un déficit fiscal mayor. En el caso centroamericano, la proporción de pensionados no es muy alta en términos relativos, aunque sí suelen serlo las limitaciones que encontrarían la mayor parte de los gobiernos para ello, ya que ni siquiera han podido cerrar la mora pendiente.

En general, un cambio de este tipo debe estar respaldado por un desarrollo mínimo del mercado de capitales y del de seguros, si bien la introducción de este cambio por sí sola es un elemento decisivo para ello. Asimismo, otro de sus requisitos sería la creación de una entidad gubernamental de supervisión. El caso chileno ha resultado ejemplar y, por lo mismo, ha tendido a ser objeto de emulación. ^{70/} Según el procedimiento implantado, el Estado ofrece un respaldo, al garantizar un mínimo de pensión ante cualquier eventualidad. Si bien este apoyo ha resultado decisivo para ponerlo en práctica, se considera que cualquier subsidio gubernamental debe orientarse prioritariamente, en aras de una mayor equidad, a los seguros mínimos generales —salud, nutrición— de la población pobre, y en segundo término a los grupos de ingresos más elevados.

Pero, en todo caso, se recomienda cautela en la instauración de un régimen de este tipo, pues las condiciones macroeconómicas no siempre son favorables y se conserva latente un riesgo para las importantes reservas que se vayan acumulando, que en algunos países centroamericanos los gobiernos tendrían dificultad de respaldar.

Una de las grandes ventajas de un sistema de este tipo (que aunque es de capitalización individual está basado en la solidaridad intrageneracional) es que para su mejor funcionamiento requiere de la mayor cobertura posible, lo cual genera condiciones para promover el ahorro, sobre una base compulsiva, de personas o familias sin una cultura ni tradición para ello, y sí con alguna

^{70/} Véase, entre otros, Patricio Arrau Pons, *Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993*, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 19, CEPAL, Proyecto Regional Conjunto CEPAL-PNUD "Políticas financieras para el desarrollo", Santiago de Chile, 1994.

posibilidad económica, por mínima que sea. A diferencia de un sistema de reparto, fuertemente desacreditado, este régimen ofrece posibilidades más reales de recuperar pensiones de un monto más acorde con las contribuciones de toda una vida laboral. Esta expectativa es uno de los incentivos mayores para ampliar el número de afiliados entre los trabajadores tradicionalmente no cubiertos.

En la mayor parte de los países del Istmo Centroamericano se está considerando a nivel de análisis la sustitución del régimen de pensiones por uno de capitalización individual. En Honduras se presentó a las autoridades correspondientes un proyecto de ley para instaurarlo, sin que se obtuvieran resultados, y en la actualidad se han emprendido nuevos estudios. 71/

En los países del Istmo Centroamericano existen también propuestas concretas entre algunos grupos gubernamentales y académicos en el sentido de dotar a los sistemas de pensiones de una eficiencia completamente perdida, de privatizarlos de la misma forma que se intenta privatizar la atención de la salud y, desde luego, separar ambos seguros, con libre elección entre los distintos prestadores de servicios. 72/ Incluso en Nicaragua se están efectuando transformaciones al marco jurídico del INSS para ello. En el caso de Costa Rica, por ejemplo, se calcula que un sistema de capitalización individual podría aportar en 10 años reservas del 28% del ahorro nacional, o 4% del PIB. 73/

Sin embargo, se reconoce que un sistema de capitalización individual elimina toda posibilidad de solidaridad entre los distintos estratos de ingreso de la población. Más aun, puede entrañar corrupción —como los sistemas públicos— e irracionalidades que se reflejen en ganancias excesivas de las agencias y en gastos desproporcionados de publicidad para competir entre ellas.

En todo caso, se advierte que las condiciones para la seguridad social en algunos países centroamericanos son menos propicias que en otros, como Chile, donde este tipo de reforma ha tenido éxito. El contar con menos de una cuarta parte de la población amparada, la enorme extensión de la pobreza y la indigencia, del sector informal, del trabajo por cuenta propia y del sector campesino marginal, llevaría a reflexionar sobre las posibilidades de éxito de un sistema de pensiones de capitalización individual. Con la excepción de Costa Rica y Panamá, los programas públicos se han visto limitados para proveer siquiera un modelo bismarckiano mínimamente eficiente. Por ende, un sistema privado constituiría una barrera insalvable para mantener o ampliar la cobertura; más aun, "se comprometerían escasos fondos públicos en la consolidación del sistema de

71/ Destacan entre los estudios que propugnan por un sistema de capitalización individual el del Dr. Carlos H. Ramos Fones, titulado *Gestión privada de los fondos de pensiones*, Prima Consultores, Tegucigalpa, Honduras, enero de 1994.

72/ Tales son los casos del GAES en El Salvador que, junto con el BID, realizaron un estudio sobre este tema, así como del FUSADES. En Honduras, grupos privados y asociaciones de empresarios han promovido propuestas en este sentido. En Nicaragua, el PNUD elaboró un estudio que también apoya estas propuestas, pero con énfasis en la creación de nuevos modelos para grupos vulnerables.

73/ Véase Ronal Alberto Cartin, *op. cit.*

seguridad social de una minoría, privando de recursos desesperadamente necesarios a la gran mayoría, como los de asistencia social y servicios privados de salud". ^{74/}

c) La adopción de un sistema mixto

Una solución mixta parece más adecuada y realista para el contexto centroamericano, caracterizado por una proporción mayoritaria de pobres sin protección de la seguridad social. Un esquema así, por lo demás, responde de mejor manera a la propuesta de *transformación productiva con equidad* en el sentido de que, por una parte, puede garantizar un mínimo de bienestar a los necesitados, sobre la base de un sistema integral de seguridad social sustentado en la solidaridad y, por la otra, retribuye en proporción a sus aportes a grupos de mayor ingreso que legítimamente esperan la protección real que un sistema de pensiones eficiente y bien administrado debe proporcionar.

Es sobre todo en El Salvador donde se hacen recomendaciones en este sentido. ^{75/} En Nicaragua las propuestas de reforma también se adscriben a este esquema. Igualmente, en Costa Rica, las propuestas de reforma tendientes a ofrecer mayores prestaciones a quienes más contribuyen no consideran de ninguna manera una transformación profunda de una institución tan arraigada en la vida ciudadana como la Caja que, por lo demás, cumple un papel excepcional —aunque insuficiente— hacia los grupos vulnerables, mediante el régimen no contributivo.

Cualquier reforma en el sentido de atender esta necesidad doble de estratos de la población con intereses divergentes, entraña una transformación institucional. De por sí, la separación en distintos compartimientos de los seguros sociales demanda una readecuación de funciones de las instituciones comprometidas, en particular con las administradoras de fondos de pensiones que se creasen. Más aún, la eventual posibilidad de incorporar la provisión de un seguro mínimo universal como parte de las funciones de las instituciones de seguridad social implica una redefinición de las áreas de actividad de las instituciones vigentes para combatir la pobreza. Estos aspectos exigen una especial atención y regulación.

En suma, existe un reconocimiento bastante generalizado de que este tipo de reforma —sobre una base mixta— podría ser la más adecuada para la situación socioeconómica de los países del Istmo Centroamericano.

4. Posibilidades de complementación subregional

En la actualidad existen diversas instancias de complementación entre los sistemas de salud y de seguro social de los países centroamericanos. En general, hay acuerdos en materia de compras conjuntas de medicinas y equipo, de las que se deriva abatimiento de precios, así como también programas integrados de capacitación de personal paramédico. Sin embargo, en este campo existen

^{74/} Véase, Carmelo Mesa Lago, *La reforma de la seguridad social...*, op. cit., pág. 46.

^{75/} Véase de nuevo, por ejemplo, *El Salvador: diagnóstico y propuesta...*, op. cit.

inmensas posibilidades de integrar los servicios de seguro social, tanto de atención médico-hospitalaria como de pago de pensiones en el extranjero (no en todos los países es esto posible).

En particular, destaca el problema de la atención médica y hospitalaria de los migrantes dentro del Istmo Centroamericano. Asimismo, la validación de prestaciones de los trabajadores migrantes dentro de estos seis países es otra de las posibilidades por explorar. Todo ello se enmarca en la integración de servicios de salud y de seguridad social que encuentra un ambiente más favorable en la región para su desarrollo en el marco del reciente Tratado de la Integración Social Centroamericana.

**Este documento fue elaborado por la Subsele en México de la
Comisión Económica para América Latina y el Caribe
(CEPAL), cuya dirección es Masaryk No. 29, México, D.F.,
CP 11570, teléfono 2 50-15-55, fax 531-11-51**